



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**



**XIV CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ESPECIALIZAÇÃO EM PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE**

**ESTUDO SOBRE O CONSUMO DE TABACO ENTRE OS  
ADOLESCENTES DA ILHA TERCEIRA**

**DIANA MARIA TOSTE PARREIRA DE MENDONÇA**

**Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Emília Nunes**

**Lisboa, Dezembro 2013**

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**XIV CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ESPECIALIZAÇÃO EM PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE**

**ESTUDO SOBRE O CONSUMO DE TABACO ENTRE OS  
ADOLESCENTES DA ILHA TERCEIRA**

DIANA MARIA TOSTE PARREIRA DE MENDONÇA

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Emília Nunes

**Lisboa, Dezembro 2013**

TRABALHO DE PROJETO PARA OBTENÇÃO DO GRAU  
DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA. ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA  
SAÚDE NA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, AO  
ABRIGO DO ARTº 23º DO DECRETO-LEI Nº 74/2006, DE  
24 DE MARÇO, PUBLICADO NO D.R. Nº60, SÉRIE I-A  
DE 2006-03-24.

*“...When you strip it down to what matters, there is really only one thing anyone needs to know about tobacco: It kills people.” Arlene King,*

*“Smokers often do not realize that they pay twice for cigarettes. First with cash out of pocket, then later with their health or [their] lives.” Ayda Yurekli,*

*in The Tobacco Atlas” by Michael Eriksen, Judith Mackay e Hana Ross, 2012*

## **AGRADECIMENTOS**

A conceção deste trabalho implicou um compromisso pessoal e um processo de construção que foi concretizável pela colaboração de todos aqueles que, de uma forma ou de outra, participaram e contribuíram nesta caminhada. Por essa razão desejo expressar o meu profundo reconhecimento.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Emília Nunes, pelo interesse e disponibilidade manifestadas na orientação do trabalho, assim como pela partilha da sua preciosa e sábia voz da experiência, incentivando-me a ultrapassar os obstáculos que surgiram ao longo desta etapa.

Agradeço à Professora Doutora Carla Nunes pela sua ajuda na realização da análise estatística deste trabalho.

À equipa profissional da Secretaria Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores, nas pessoas da Dr.<sup>a</sup> Valdeci Purim e a Dr.<sup>a</sup> Patrícia Lima, pela disponibilidade e prontidão para facultarem a impressão dos questionários e pedidos de autorização para os alunos inquiridos.

Um especial agradecimento a todas as escolas que integraram o estudo, nas pessoas dos Diretores de cada uma delas, assim como os diretores de turma, pais e alunos que aceitaram participar no estudo, porque sem o seu consentimento, os objetivos propostos nunca teriam sido alcançados.

Sem esquecer todas as pessoas que colaboraram, direta ou indiretamente no desenvolvimento desta investigação, em particular ao conjunto de peritos que participou na fase da construção e validação do questionário.

Aos meus pais e avós por acreditarem incessantemente em mim desde o início deste percurso, incentivando-me a alcançar todos os objetivos a que me propunha! As sábias palavras e a ternura dos seus sorrisos encorajavam-me em momentos mais frágeis.

Ao Marcos, que sempre caminhou ao meu lado neste percurso, com muita espera e perseverança, sabendo sempre o que me dizer nos momentos menos bons.

À Filipa Nobre, Angélica Almeida, Elizabeth Diniz e Norma Mendonça por partilharem a sua amizade comigo, por terem estado atentas e disponíveis para me auxiliar nesta fase.

Aos colegas e amigos que contribuíram para a concretização desta investigação.

A todos, muito obrigada.

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi conhecer o comportamento face ao consumo de tabaco reportado pelos adolescentes escolarizados da ilha Terceira e caracterizar alguns fatores associados.

O estudo realizado assumiu uma metodologia de investigação observacional, descritiva, quantitativa e de carácter transversal.

Os dados foram recolhidos no ano letivo 2012/2013, nos alunos do 9.º ano de escolaridade, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento, anónimo e voluntário, em contexto de sala de aula. A amostra foi constituída por 323 adolescentes, 142 do sexo masculino e 181 do sexo feminino, com idade média de 14,71 anos.

Verificou-se que cerca de 16,9% dos adolescentes consome tabaco regularmente, 6,6% ocasionalmente e 76,6% não fuma. Mais de metade dos adolescentes já experimentou fumar tabaco (56%), sendo a idade média de experimentação de 12,49 anos. A maioria dos adolescentes que experimentaram fumar referiram tê-lo feito por curiosidade (84,7%) e, sobretudo, na companhia dos amigos (83,1%). As variáveis associadas ao comportamento tabágico foram: o desempenho escolar, os hábitos tabágicos dos amigos, a permissividade dos pais para se fumar em casa, a frequência à exposição ao tabaco em casa, os conhecimentos da “impotência sexual” como consequência do consumo de tabaco, conhecimento dos danos na saúde em frequentar ambientes com fumo e a crença de que os jovens fumadores são mais atraentes.

Os resultados mostram a elevada necessidade de serem desenvolvidas estratégias de prevenção e controlo do tabagismo entre os adolescentes da ilha Terceira.

**Palavras-chave:** tabaco, tabagismo, adolescentes, Ilha Terceira

**ABSTRACT:** The aim of this study was to understand the behavior in tobacco consumption reported by school adolescents in Terceira Island and characterize some associated factors. The methodology was based in a quantitative, descriptive and observational investigation with transversal nature.

Data was collected in 2012/2013 academic year within students in the 9th grade, through filling a self-administered questionnaire in an anonymous and voluntary context, in the classroom environment. The sample consisted of 323 adolescents, 142 males and 181 females, mean age of 14.71 years.

It was found that about 16.9% of adolescents regularly consume tobacco, 6.6% occasionally and 76.6% don't smoke. More than half of adolescents have tried smoking tobacco (56%), with an experimentation average age of 12.49 years. Most adolescents who have reported to have tried smoking have done it out of curiosity purposes (84.7%) and especially in friend's company (83.1%). The variables associated with smoking behavior were: School performance, friends smoking habits, parent's permissiveness to smoke at home, frequency exposure to tobacco smoke at home, knowledge of "sexual impotence" as a consequence of tobacco consumption, the harm to health in attending smoking environments and beliefs that smoking adolescents are more attractive.

Results showed an elevated need to develop smoking prevention and control strategies amongst adolescents of the Terceira Island.

**Keywords:** tobacco, smoking, adolescents, Terceira Island

# ÍNDICE

1.Enquadramento, relevância do tema e pertinência da investigação.....	1
1.1.Introdução e justificação do tema.....	1
1.2.Enquadramento teórico.....	9
1.2.1.A adolescência e os comportamentos de risco – Período crítico para a saúde	9
1.2.1.1.O consumo de tabaco na saúde do adolescente.....	10
1.2.2.Comportamento tabágico na Adolescência.....	14
1.2.2.1.Modelos explicativos do comportamento tabágico nos adolescentes.....	14
1.2.2.2.Fatores associados ao comportamento tabágico nos adolescentes.....	19
1.2.2.3.Estudos sobre o comportamento tabágico dos adolescentes portugueses..	31
1.2.3.Prevenção e controlo da epidemia pediátrica do tabagismo.....	34
1.2.5.Objetivos e hipóteses de investigação.....	38
2.Material e métodos.....	40
2.1.Tipo e delineamento do estudo.....	40
2.1.1.População em estudo.....	40
2.1.2.Seleção e cálculo da amostra.....	40
2.1.2.1.Critérios de inclusão.....	41
2.1.2.2.Critérios de exclusão.....	41
2.1.3.Unidades de observação.....	41
2.1.4.Procedimento, método e instrumento de recolha de dados.....	41
2.1.5.Definição, descrição, classificação e operacionalização das variáveis.....	43
2.1.6.Pré-teste e validação do instrumento de medida.....	47
2.1.7.Tratamento e análise estatística.....	48
3.Resultados.....	50
3.1.Resultados gerais.....	50
3.2.Hipóteses de investigação.....	71
4.Discussão dos resultados.....	76
4.1.Limitações da investigação.....	87
5.Conclusões e recomendações .....	89
6.Referências bibliográficas.....	92
7.Lista de Anexos.....	102



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de tipos e níveis de influência no comportamento.....	21
Quadro 2 - Definição da variável "comportamento tabágico" do adolescente.....	45
Quadro 3 - Distribuição dos adolescentes por sexo e desempenho escolar.....	51
Quadro 4 - Distribuição do nível socioeconómico parental dos adolescentes.....	51
Quadro 5 - Distribuição do nível de escolaridade parental.....	52
Quadro 6 - Distribuição dos adolescentes por sexo e experimentação de tabaco.....	52
Quadro 7 - Distribuição dos adolescentes por sexo e idade da experimentação de tabaco (grupo etário).....	53
Quadro 8 - Distribuição dos adolescentes da amostra segundo o sexo e o comportamento tabágico.....	53
Quadro 9 - Distribuição dos adolescentes que experimentaram fumar segundo o sexo e o comportamento tabágico.....	54
Quadro 10 - Distribuição dos adolescentes por sexo e consumo de tabaco nos últimos 30 dias.....	55
Quadro 11 - Distribuição dos adolescentes por sexo e número de cigarros consumidos, em média, por dia, nos últimos 30 dias.....	55
Quadro 12 - Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e os motivos que levaram à experimentação do consumo de tabaco.....	56
Quadro 13 - Distribuição dos adolescentes, por sexo, segundo as pessoas presentes no momento da experimentação de tabaco.....	56
Quadro 14 - Distribuição dos adolescentes segundo o seu comportamento tabágico e o dos pais.....	57
Quadro 15 - Distribuição dos adolescentes segundo o seu comportamento tabágico e o consumo de tabaco pelos irmãos (outros familiares que vivam com eles além dos pais).....	58
Quadro 16 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o número de amigos próximos fumadores.....	58
Quadro 17 - Distribuição dos adolescentes segundo as formas de acesso ao tabaco.....	59
Quadro 18 - Distribuição dos adolescentes segundo a recusa de venda de tabaco nos últimos 30 dias.....	59
Quadro 19 - Distribuição dos adolescentes segundo os locais de compra de tabaco.....	59
Quadro 20 - Distribuição dos adolescentes segundo as formas de conseguir dinheiro para comprar tabaco.....	60
Quadro 21 - Distribuição dos adolescentes, por sexo e montante gasto na compra de tabaco.....	60

Quadro 22 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a facilidade percebida no acesso de tabaco perto da escola.....	61
Quadro 23 - Distribuição dos adolescentes segundo o motivo pelo qual continuam a fumar.....	61
Quadro 24 - Distribuição dos adolescentes não fumadores e a suscetibilidade para fumar.....	61
Quadro 25 - Distribuição dos adolescentes segundo a percepção da facilidade que possuem sobre deixar de fumar.....	62
Quadro 26 - Distribuição dos adolescentes sobre a intenção de deixar de fumar.....	62
Quadro 27 - Distribuição dos adolescentes sobre as tentativas de cessação tabágica	63
Quadro 28 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a permissão para fumar na sua casa.....	63
Quadro 29 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a frequência da exposição ao tabaco em casa.....	64
Quadro 30 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a exposição ao tabaco na escola (30 dias).....	64
Quadro 31 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e ter observado publicidade no último ano.....	65
Quadro 32 - Distribuição dos adolescentes pela observação de publicidade em diferentes locais.....	65
Quadro 33 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o conhecimento sobre o tabaco como dependência.....	66
Quadro 34 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o conhecimento das consequências do consumo de tabaco na saúde.....	67
Quadro 35 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o conhecimento sobre frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde.....	67
Quadro 36 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a crença de que os jovens fumadores são mais atraentes.....	68
Quadro 37 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a crença de que os jovens fumadores possuem mais amigos.....	68
Quadro 38 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a crença de que fumar ajuda os jovens a sentirem-se confortáveis socialmente.....	69
Quadro 39 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a abordagem do tema do tabagismo nas aulas.....	70
Quadro 40 - Distribuição dos adolescentes segundo o seu comportamento tabágico e a participação em atividades sobre o tabagismo.....	70

Quadro 41 - Síntese da análise estatística das hipóteses em estudo.....	71
---	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Consumo de cigarros ao longo da vida, por sexo, em Portugal (15-16 anos).....	5
Gráfico 2- Consumo de cigarros nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal.....	5
Gráfico 3 - Distribuição dos adolescentes por idades e sexo.....	50
Gráfico 4 - Prevalência do consumo de tabaco nos últimos 30 dias.....	54

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO I – Pedido de Autorização aos Conselhos Executivos das Escolas

ANEXO II – Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação dos Adolescentes

ANEXO III – Questionário

ANEXO IV – Pedido de Autorização à Direção Regional da Educação

ANEXO V – Definição Operacional das Variáveis em Estudo

ANEXO VI – Quadros da Análise Estatística das Variáveis em Estudo

## LISTA DE SIGLAS

ASE – *Attitude – Social Influence – Self Efficacy*

DECO – Associação de Defesa do Consumidor

ECATD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas

ESPAD – *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*

GATS – *Global Adult Tobacco Survey*

GYTS – *Global Youth Tobacco Survey*

HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*

ICD – 10 - 10ª Classificação Internacional das Doenças

INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar

INS – Inquérito Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAA – Região Autónoma dos Açores

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UE – União Europeia

USDHHS - *United States Department of Health and Human Services*

# **1. ENQUADRAMENTO, RELEVÂNCIA DO TEMA E PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO**

## **1.1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA**

O uso da planta do tabaco, que se pensa ser originária da América do Sul, possui uma longa história que remonta a vários séculos antes de Cristo. Inicialmente era usado com fins medicinais ou em rituais religiosos pelas populações autóctones (Jacobs, 1997; Portugal.ME., 2007).

A introdução do tabaco em Portugal e nos restantes países europeus deu-se na época dos Descobrimentos. O seu consumo aumentou exponencialmente depois da invenção da máquina de enrolar cigarros e aquando das duas Grandes Guerras Mundiais (Portugal.ME., 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de tabaco é a principal causa de doença e morte evitável no mundo, sendo responsável pela morte de uma pessoa a cada seis segundos, totalizando a morte de um em cada dez adultos (WHO, 2011; 2013).

Estima-se que metade dos fumadores venha a morrer devido ao consumo de tabaco. O número de mortes, por ano, situa-se nos 6 milhões, dos quais 5,4 milhões são consequência direta do consumo e mais de 600 000 correspondem aos não fumadores expostos ao fumo ambiental (WHO, 2013).

Os fumadores perdem, em média cerca de dez anos de esperança média de vida, que podem ser recuperados se o indivíduo deixar de fumar. A cessação tabágica apresenta benefícios em qualquer idade, contudo, quanto mais cedo deixar de fumar, maiores serão os benefícios e a recuperação dos anos de vida potencialmente perdidos (Doll *et al.*, 2004).

Durante o século XX o tabaco causou 100 milhões de mortes, e se se mantiver a tendência, perspetiva-se que no século XXI ocorram cerca de mil milhões de mortes relacionadas com o consumo de tabaco, se entretanto não forem instituídas medidas de prevenção e controlo. As estimativas apontam que, até 2030, o número total de mortes, por ano, ascenda os oito milhões, das quais, cerca de 80% ocorrerão nos países de baixo e médio rendimento (WHO, 2013).

Segundo o relatório Eurobarómetro (2012), morrem prematuramente cerca de 695.000 europeus, por ano, devido a causas relacionadas com o consumo de tabaco. Em termos económicos, o impacto do seu consumo custa, no mínimo, cerca de 100 mil milhões de euros, por ano, à União Europeia (UE) (European Commission, 2012).

Na década de 50 do século XX foram realizados os primeiros estudos que demonstraram a associação entre o consumo do tabaco e o cancro do pulmão (Doll e Hill, 1950).

O fumo do tabaco é um aerossol constituído por mais de 4000 substâncias químicas, entre as quais a nicotina e outros componentes cancerígenos, tóxicos e irritantes (Portugal. MS. DGS., 2009).

As consequências da exposição e da inalação ao tabaco estão bem estabelecidas. Fumar é causa do aparecimento de cancro em diferentes localizações, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, efeitos na saúde reprodutora e fetal, na saúde ocular, oral e no envelhecimento da pele, entre outros efeitos (USDHHS, 2004, 2010).

Segundo a OMS e a Comissão Europeia, as estimativas para Portugal sugerem que o consumo de tabaco é responsável pela morte, anual, de mais de 10 000 pessoas (WHO, 2008a; European Commission, 2009). Dados relativos a 2004 estimam o consumo de tabaco como responsável por uma em cada 10 mortes na população adulta ( $\geq 30$  anos); uma em cada três mortes por doenças respiratórias; uma em cada cinco mortes por doenças isquémicas do coração; totalizando 17% de mortes no sexo masculino e 3% no sexo feminino. O tabaco provoca morte prematura, tendo sido verificadas em 2004, 1 em cada 4 mortes no grupo etário dos 45 aos 59 anos (Portugal. MS. DGS, 2013).

O consumo de tabaco na adolescência potencia a suscetibilidade da incidência de doença na idade adulta, mas não só. Este consumo aumenta o risco e a suscetibilidade a diversas doenças na idade adulta e provoca efeitos imediatos na saúde do adolescente, tais como efeitos respiratórios, cardiovasculares ou na saúde oral (Christophi *et al.*, 2009; USDHHS, 2012).

O tabagismo é considerado um fator de risco tanto para os fumadores como para os não fumadores que são expostos a espaços poluídos pelo fumo do tabaco. A exposição ao fumo ambiental do tabaco representa um risco acrescido de morbilidade e mortalidade para o indivíduo (USDHHS, 2006).

Segundo a OMS, a exposição ao fumo ambiental do tabaco causa mais de 600 000 mortes prematuras, por ano. Os adultos expostos a este fumo podem apresentar problemas respiratórios e cardiovasculares graves, assim como o aparecimento de cancro (WHO, 2013).

Em Portugal, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) (2005/2006), encontravam-se expostos ao fumo ambiental do tabaco mais de metade dos inquiridos, com idades compreendidas entre os 10 e 64 anos, sendo o tempo de exposição maior entre os indivíduos no grupo etário dos 25 aos 34 anos (Portugal. MS. DGS, 2013).

A exposição ao fumo ambiental do tabaco constitui uma grave ameaça à saúde das crianças e adolescentes em todo o mundo, por expor metade delas aos ambientes com fumo, forçando a que respirem ar contaminado, especialmente nos seus lares (Precioso *et al.*,



2012a). As crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis aos efeitos do fumo ambiental do tabaco devido às suas vias respiratórias e sistema imunitário estarem em desenvolvimento, apresentando uma maior probabilidade de sofrerem sintomas como a tosse, pieira, dispneia, bronquite e pneumonia, asma e otite média recidivante (USDHHS, 2006; Rachiotis *et al.*, 2010; Constant *et al.*, 2011; Precioso *et al.*, 2012a).

Segundo dados apresentados por Erikson, Mackay e Ross (2012) em *The Tobacco Atlas*, aproximadamente 20% da população mundial consome tabaco, cerca de 800 milhões de homens fumadores e 200 milhões de mulheres fumadoras.

Em Portugal, segundo dados do INS 2005/2006, realizado na população portuguesa com 15 e mais anos, estimou-se que cerca de 20,9% dos indivíduos eram fumadores, sendo que 18,7% fumavam diariamente e 16,1% correspondem aos ex-fumadores. A prevalência de fumadores ativos na população masculina situa-se nos 31% enquanto o sexo feminino situa-se nos 11,8%. Os grupos etários onde se registaram prevalências mais elevadas foram entre os 25 e os 34 anos, assim como dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

A distribuição da prevalência do consumo de tabaco em Portugal não é homogénea. O sexo masculino apresenta um consumo superior ao do feminino. A prevalência do consumo tem sofrido uma tendência decrescente na proporção de fumadores diários entre a população masculina. No sexo feminino a prevalência tem revelado um crescimento, baseado no aumento da proporção de fumadoras regulares, sobretudo nas camadas mais jovens (Nogueira *et al.*, 2011).

A Região Autónoma dos Açores (RAA) apresenta as maiores prevalências do consumo de tabaco diário. Segundo o INS 2005/2006 a prevalência de homens fumadores foi de 31% e 11% de mulheres fumadoras (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

A média nacional do número de cigarros fumados, por dia, situa-se nos 20 cigarros, entre os homens e de 13 nas mulheres. A RAA apresentou os consumos médios mais elevados, com 23 cigarros fumados, por dia, entre os homens e 16 cigarros entre as mulheres (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

A média da iniciação do consumo de tabaco na população portuguesa foi de 17 anos no sexo masculino e 18 anos no sexo feminino. A RAA apresentou a média da idade de iniciação do consumo de tabaco aos 15 anos no sexo masculino, sendo a região de Portugal onde mais cedo se começa a fumar, entre os homens. Nesta região a idade de iniciação de consumo entre as mulheres é de 19 anos, contrariando a tendência nacional que se situa nos 18 anos (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

Peixoto (2010) estudou o consumo de substâncias na RAA, entre as quais, o tabaco, numa amostra representativa da população para as 9 ilhas dos Açores em 2004 e 2009. Na ilha Terceira, em 2004, registou-se uma prevalência de consumo do tabaco de 30% e em

2009 a prevalência situou-se nos 26%. No concelho de Angra do Heroísmo, a prevalência do consumo de tabaco foi de 30,4% (2004) e 27,3% (2009). No concelho da Praia da Vitória, a prevalência do consumo de tabaco foi de 27,9% (2004) e 24,7% (2009).

Segundo Peixoto (2010), o intervalo de idades em que mais se inicia o consumo de tabaco, na RAA, é entre os 15 e os 20 anos. Em 2004, 53% dos inquiridos reportaram ter começado a fumar entre os 15 e os 20 anos, face aos 58,7% dos inquiridos em 2009. O grupo etário dos 14 anos e menos ocupa o segundo grupo com maior prevalência na iniciação do consumo de tabaco na RAA. Em 2004, 31% dos inquiridos reportou ter iniciado o consumo de tabaco com 14 anos ou menos. Em 2009, 34,7% dos inquiridos reportou ter iniciado o consumo de tabaco com 14 anos ou menos.

O'Donohue *et al.* (2013) estima existirem mais de 150 milhões de adolescentes que consomem tabaco, em todo o mundo, e perspetiva-se uma tendência crescente.

A maioria dos fumadores começa a fumar na adolescência. Neste período inicia-se e estabelece-se o consumo de tabaco. Cerca de 88% dos fumadores adultos revelaram ter começado a fumar por volta dos 18 anos (CDC, 2013).

De acordo com os dados do estudo Eurobarómetro 2012, mais de 90% dos fumadores portugueses começaram a fumar regularmente antes dos 25 anos, 51% entre os 15 e 18 anos e 22% antes dos 15 anos. Em Portugal a idade média de início do consumo de tabaco regular (pelo menos uma vez por semana) referida pelos inquiridos foi de 17,7 anos, valor idêntico à média da UE (17,6 anos) (European Commission, 2012).

O *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), realizado em 2011, na UE permite obter informação sobre os consumos de substâncias nesta região e fornece informação sobre a evolução dos consumos, dado que este estudo se realiza desde 1995, em Portugal e nos restantes países que integram o estudo. A investigação em Portugal incidiu nos adolescentes do 7º ano ao 10º ano, sendo que 75% do público-alvo pertence ao 10º ano (Hibell *et al.*, 2012). Em seguida são apresentados gráficos onde se mostra a evolução da prevalência do consumo (ao longo da vida) e a prevalência do consumo nos últimos 30 dias em Portugal, nos adolescentes de 15 e 16 anos, de ambos os sexos, desde 1995 até 2011, conforme gráficos 1 e 2.

O gráfico 1 apresenta a prevalência da experimentação do consumo de tabaco ao longo da vida do adolescente, com dados relativos a Portugal, por sexo, desde 1995 até 2011. O percurso é idêntico nos adolescentes, masculino e feminino, com uma ligeira subida até 2003 e, desde então, até 2011 observa-se uma descida no consumo, sendo mais acentuada no sexo feminino do que no masculino.

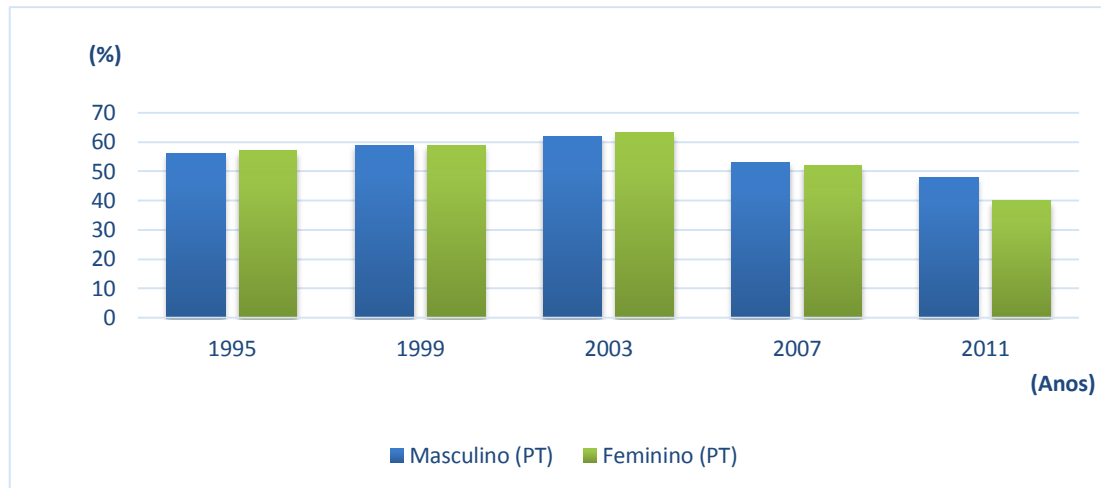


Gráfico 1- Consumo de cigarros ao longo da vida, por sexo, em Portugal (15-16 anos). Percentagens. 1995-2011. Fonte: Adapt. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries, Hibell *et al.* (2012)

O gráfico 2 apresenta a prevalência do consumo de tabaco nos últimos 30 dias dos adolescentes portugueses ao longo de 16 anos. A análise do gráfico permite observar um consumo homogêneo entre os sexos. Contudo, existem algumas oscilações ao longo dos anos, salientando o pico da incidência por volta do ano 1999, em ambos os sexos e uma posterior descida no consumo até 2007. A partir desse ano o consumo nos últimos 30 dias aumentou, em ambos os sexos, situando-se nos 29%.

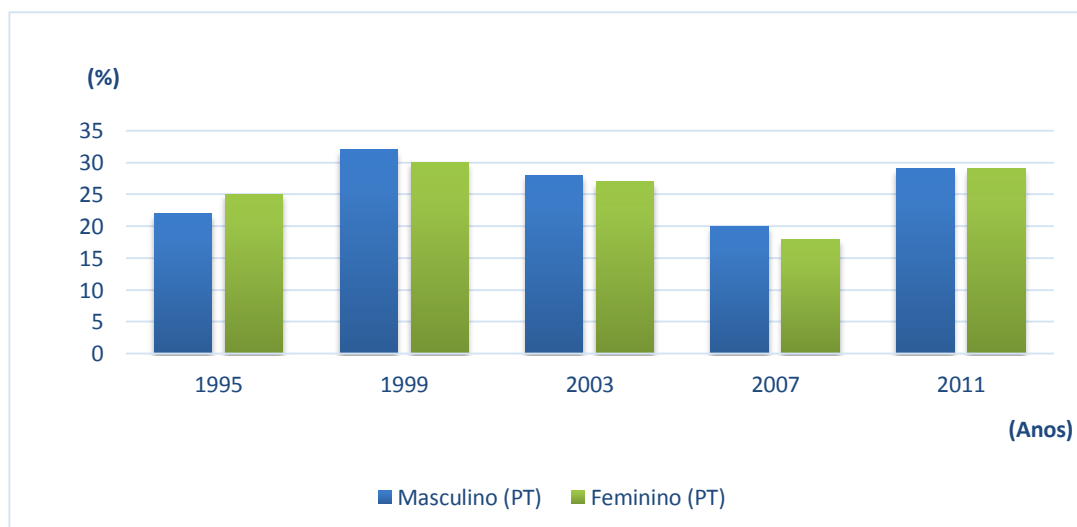


Gráfico 2- Consumo de cigarros nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal. Percentagens. 1995-2011. Fonte: Adapt. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries, Hibell *et al.* (2012)

Outro estudo realizado a nível nacional, o *Health Behaviour in School-aged Children* 2010 (HBSC), em adolescentes do 6º ano, 8º ano e 10º ano de escolaridade, em Portugal, revelou que a maioria dos adolescentes nunca experimentou tabaco (70%) face aos 30% dos adolescentes que experimentaram e não se verificaram diferenças significativas entre os sexos. Relativamente à idade da experimentação, a maioria (43,4%) respondeu ter experimentado com 14 ou mais anos, e ao nível do género verifica-se que as raparigas referem mais frequentemente ter fumado um cigarro pela primeira vez aos 14 ou mais anos, sendo os rapazes os que revelam mais frequentemente ter experimentado fumar com idade entre os 12 e 13 anos. Quanto ao consumo de tabaco, 4,5% dos adolescentes refere fumar todos os dias, enquanto 2,9% reporta fumar pelo menos uma vez por semana, e 4,5% revela fumar menos que uma vez por semana. Por outro lado, 88,1% dos adolescentes reportam não fumar (Matos *et al.*, 2012).

Os estudos realizados pelo Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (ECATD) e ESPAD/2011 em meio escolar revelam que a iniciação do consumo de tabaco ocorre, maioritariamente, no intervalo dos 13 aos 16 anos. Aproximadamente 34% dos alunos do sexo masculino e 38% do sexo feminino, de 18 anos de idade, reportaram ter fumado pela primeira vez, entre os 15 e 16 anos (Feijão, Lavado, Calado, 2011).

O Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), realizado no 3º ciclo em 2011 mostra uma prevalência do consumo ao longo da vida (definida como a experimentação) nos estudantes portugueses não uniforme, tendo-se verificado 49% em 2001, 35% em 2006 e 38% em 2011. As prevalências relativas ao consumo recente de tabaco (definido como 12 meses antes da recolha de dados) apresentam em 2001 valores de cerca de 36%, em 2006 cerca de 22% e em 2011 o valor de 28%. O consumo de tabaco atual (referente aos últimos 30 dias) apresentou uma prevalência de consumo em 2001 de 19%, em 2006 de 15% e em 2011 uma prevalência de 18% (Feijão, 2011).

A RAA lidera a prevalência nacional sobre a experimentação do tabaco, apresentando valores de 47% para ambos os sexos. O consumo reportado nos últimos 12 meses foi de 35% para os rapazes e 37% para as raparigas. Nos últimos 30 dias o consumo de tabaco revelou uma prevalência de 25% nos rapazes e de 25% nas raparigas (Feijão, 2011).

Ferreira e seus colegas (2013) estudaram os adolescentes do 9.º ano de escolaridade de 16 municípios pertencentes à Rede de Cidades Saudáveis em Portugal. Estes autores verificaram que 52% dos adolescentes já experimentaram fumar, dos quais 44,1% de rapazes e 55,9% de raparigas. A prevalência do consumo de tabaco nos últimos 30 dias situou-se nos 20% e a prevalência do consumo diário foi de 4%.

Precioso e os seus colegas (2012b) estudaram a prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses, do 5.º ao 12.º ano e verificou que, a nível nacional, 9,6% dos

adolescentes consomem tabaco regularmente, dos quais 10,2% rapazes e 9,1% raparigas. A RAA regista uma prevalência de consumo de 11,8%, com 12,4% rapazes e 11,5% raparigas a consumirem tabaco regularmente. A RAA surge como a segunda região de Portugal com a prevalências de consumo regular de tabaco mais elevada.

Segundo Precioso *et al.* (2012b), a experimentação de tabaco entre os adolescentes escolarizados portugueses ocorre, em média, aos 12,7 anos de idade, com os rapazes (12,3 anos) a experimentar fumar, ligeiramente, mais cedo que as raparigas (13 anos).

Nunes (2009) realizou uma investigação em âmbito académico sobre o consumo de tabaco entre os adolescentes escolarizados do 2.º ciclo do ensino público na ilha Terceira. Verificou-se uma prevalência de experimentação de tabaco de 22,1%, tendo os rapazes reportado um valor mais elevado de experimentação (26,9%) do que as raparigas (17,4%). A idade em que mais se inicia a experimentação de tabaco é os 9 anos, sendo reportada por 24,3% dos adolescentes. Os rapazes tendem a experimentar fumar mais cedo (9 anos) do que as raparigas (11 anos).

Relativamente à prevalência de consumidores de tabaco entre os adolescentes escolarizados da ilha Terceira, Nunes (2009) verificou que 8,9% dos adolescentes fuma atualmente. Os rapazes apresentam uma prevalência de consumo de tabaco superior (11,1%) à das raparigas (6,6%).

Os elevados consumos de tabaco na região induzem à averiguação das taxas de incidência de doenças que possam estar associados ao consumo de tabaco. O Registo Oncológico Regional dos Açores num relatório sobre a incidência de cancro no intervalo de anos 1997-2006 estima o cancro do pulmão como a patologia oncológica com a mais elevada taxa de incidência naquela região (Forjaz, 2011). Dados recentes sobre a incidência de cancro em 2011 mantêm o cancro do pulmão com as taxas de incidência e mortalidade mais elevadas da RAA, assim como em todo o país, podendo mesmo duplicar a incidência face a determinadas regiões de Portugal (Portugal.MS.Centro de Oncologia dos Açores, 2013a,b).

As elevadas taxas de consumo ocorrem numa região em que o uso e cultivo do tabaco integram o início da história da RAA, permanecendo até aos tempos de hoje. A principal produção agrícola de tabaco em Portugal tem lugar na RAA, constituindo uma atividade económica relevante na região (Peixoto, 2010; Portugal.INE, 2012). Os primeiros ensaios de cultivo de tabaco, em Portugal, foram efetuados em São Miguel, por volta de 1812. Devido às condições climáticas, procedeu-se ao seu cultivo no início no século XIX. As primeiras fábricas de tabaco dos Açores foram fundadas na ilha de São Miguel, a Fábrica de Tabaco Micaelense (1866) e a Fábrica de Tabaco Estrela (1882), ambas atualmente em funcionamento. O crescimento da indústria tabaqueira na ilha Terceira foi mais lento, embora, por volta 1880 e 1887 tenham sido criadas a Fábrica de Tabaco Angrense, a Fábrica Flôr de

Angra, e em 1923 foi fundada a Fábrica de Tabaco Âncora, Ld.<sup>a</sup>, todas elas extintas (Bruno, 2013).

A relevância das prevalências dos consumos na RAA despertou o interesse sobre o estudo dos determinantes que estão subjacentes à iniciação do consumo entre os adolescentes daquela região, especificamente. Sobretudo quando o consumo de tabaco é entendido como uma epidemia pediátrica, em que o poder aditivo da nicotina faz prever a manutenção do hábito durante a idade adulta e a probabilidade de surgirem complicações na saúde causadas pelo uso do tabaco, com repercussões a nível da saúde pública e da economia mundial (USDHHS, 2012).

De uma forma global, a comunidade científica é unanime sobre os determinantes associados à iniciação e consumo de tabaco entre os jovens. Segundo O'Donohue *et al.* (2013) os fatores que potenciam o uso de tabaco podem passar por um ato de rebeldia, uma forma de imitar o comportamento adulto, uma estratégia para controlar o peso corporal ou uma forma para se incluir em determinado grupo de pares, podendo ser exercida pressão dos pares ou influência dos irmãos. A iniciação do consumo de tabaco na adolescência pode ser condicionada pela vulnerabilidade, por possuir baixa autoestima relativamente aos pares e perceberem que o uso de tabaco é normal e “cool”. A indústria tabaqueira também contribui para a iniciação do consumo, proporcionando um fácil acesso ao tabaco devido aos preços baixos, ao elevado número de postos de venda no perímetro das escolas, bem como às estratégias de marketing (Nunes, 2004; USDHHS, 2012).

Dada a elevada prevalência do consumo de tabaco entre os adolescentes da RAA pareceu importante conhecer as motivações que conduzem os adolescentes a experimentar o primeiro cigarro, assim como os seus conhecimentos e padrões de consumo. Neste sentido, o presente trabalho tem como intuito estudar os comportamentos face ao tabaco, referidos pelos adolescentes do 9.º ano de escolaridade, residentes na ilha Terceira, da RAA, no ano letivo 2012/2013.

Este conhecimento poderá contribuir para sensibilizar pais, professores, serviços de saúde e comunidade em geral para a urgência de serem tomadas medidas de prevenção e controlo do tabagismo a nível regional.

Neste sentido, a questão de investigação que originou este estudo foi a seguinte: “Quais os fatores que se encontram associados ao comportamento dos adolescentes, que frequentam o 9.º ano de escolaridade na ilha Terceira, face ao tabaco?”

A organização do presente relatório de projeto inicia-se com o enquadramento teórico, em que se contextualiza a temática do comportamento tabágico na adolescência e as prevalências do consumo, com particular destaque para a RAA. Analisam-se posteriormente alguns dos principais modelos explicativos do comportamento tabágico dos adolescentes e

fatores associados ao consumo. No final deste primeiro capítulo são apresentados os objetivos, geral e específicos, assim como as hipóteses de investigação.

No segundo capítulo descrevem-se os materiais e métodos utilizados para a recolha e análise estatística de dados, tendo em vista a concretização dos objetivos do estudo.

No terceiro capítulo apresentam-se os resultados obtidos e os resultados das análises estatísticas efetuadas.

O quarto capítulo visa a discussão dos resultados obtidos pela aplicação dos métodos, tendo em vista analisar a sua validade e as limitações do estudo.

A conclusão, recomendações e potenciais estudos no futuro são apresentados no último capítulo do projeto, incidindo nos pontos fortes da investigação.

## **1.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.2.1. A ADOLESCÊNCIA E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO – PERÍODO CRÍTICO PARA A SAÚDE**

A adolescência caracteriza-se por um período de desenvolvimento em que existem transformações físicas, cognitivas, sociais e emocionais. Para a maioria dos adolescentes este período é marcado por mudanças fisiológicas rápidas. Nesta fase pode existir um aumento da independência, mudança na relação familiar, maior proximidade com o grupo de pares e iniciação das experiências íntimas com os parceiros. Este período visa a formação da identidade do indivíduo, desenvolvimento da consciência moral e de valores, amadurecimento cognitivo e emocional. Contudo, apesar das rápidas mudanças que ocorrem nos adolescentes, a maioria deles ultrapassa com sucesso estas transformações físicas, cognitivas e emocionais (O'Donohue *et al.*, 2013).

A adolescência é tida como uma fase em que existe crescimento e onde estão inerentes inquietações e desafios. Este estágio caracteriza-se por ser um período tipicamente exploratório e de experimentação de comportamentos de risco, especialmente preocupantes por colocarem a saúde e bem-estar, atual e futuro, do adolescente em risco (O'Donohue *et al.*, 2013).

A experimentação de comportamentos de risco pelos adolescentes, como o consumo de tabaco, causa uma grande preocupação porque este consumo provoca danos na saúde, assim que se começa a fumar, havendo, além disso, uma forte probabilidade de os consumos estabelecidos durante a adolescência persistirem na idade adulta (O'Donohue *et al.*, 2013).



“A expressão comportamento de risco pode ser definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente” (Feijó e Oliveira, 2001,p.125).

A adoção de comportamentos de risco pelos adolescentes pode ser influenciada por fatores biológicos como a predisposição genética, a influência hormonal, a iniciação precoce da puberdade, assim como o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC). Do ponto de vista psicológico para a aquisição de comportamentos de risco, a evidência científica sugere a importância da cognição, dos traços de personalidade, as características como a autoestima e a depressão (O'Donohue *et al.*, 2013).

Existem diversos comportamentos de risco que são perigosos para os adolescentes, nomeadamente os comportamentos relacionados com a experimentação e uso de substâncias, lícitas ou ilícitas. No entanto, este trabalho incidirá no estudo do comportamento do adolescente face ao consumo de tabaco.

#### **1.2.1.1. O CONSUMO DE TABACO NA SAÚDE DO ADOLESCENTE**

A iniciação do consumo de tabaco numa idade precoce potencia uma exposição contínua ao longo da vida e, portanto as repercussões na saúde tendem a ser mais severas (Adams *et al*, 2009). O risco de muitas doenças crónicas causadas pelo tabagismo aumenta com a duração e a dose acumulada da exposição ao tabaco. O cancro do pulmão é um exemplo porque há um acréscimo do risco em função do número de anos de consumo e do número de cigarros consumidos por dia (USDHHS, 2004).

A comunidade científica é consistente em afirmar a não existência de um limiar seguro de exposição ao fumo do tabaco, mesmo quando se trata de fumo ambiental. A duração e intensidade a que se está exposto ao fumo do tabaco são determinantes para o risco e a gravidade de doenças associadas ao tabagismo (USDHHS, 2010). Sobretudo, tendo em conta que todos os produtos e formas de tabaco são nocivos para a saúde (PORTUGAL.ME., 2007; USDHHS, 2010; 2012).

A nicotina é a principal substância que causa a dependência do consumo dos produtos de tabaco. Esta substância é um alcalóide vegetal que existe na planta e no próprio fumo do tabaco. A dependência nicotínica decorre por processos farmacológicos e comportamentais, muito semelhantes aos processos da dependência de drogas como a heroína e cocaína (USDHHS, 2010; 2012). As características genéticas que determinam as respostas ao consumo da nicotina contribuem para determinar os padrões do comportamento de fumar e da cessação (USDHHS, 2012).



A nicotina causa danos no SNC que determinam o processo da dependência, dado que o cérebro determina a sensação de prazer após o ato de fumar ou de irritabilidade quando se interrompe o consumo. Existem recetores ao nível cerebral e periférico que são alvo da ação da nicotina, e esta ação varia conforme a intensidade e frequência com que é inalada, provocando o estímulo ou a depressão do SNC. Caso a dependência da nicotina se instale pode provocar o consumo regular e compulsivo, mesmo o fumador tendo conhecimento dos riscos e/ou possuir doenças associadas (Portugal.ME, 2007).

Os sintomas de dependência da nicotina podem surgir após alguns dias de uso ocasional ou semanal, antes mesmo do consumo se tornar regular e diário (DiFranza *et al.*, 2000). Segundo a APA (1994), Watkins, Koob, Markon (2000), Balfour (2004) e Sena, Ferret-Sena (2004), as consequências nos fumadores recentes são a melhoria da atenção e memória, diminuição do *stress*, assim como da ansiedade e apetite, mas por outro lado o indivíduo ao longo do tempo necessita cada vez de maiores doses de nicotina para obter os mesmos efeitos que obtinha inicialmente com menores doses de nicotina. Também nos fumadores recentes são conhecidos efeitos adversos como as náuseas, tosse, tonturas, que podem desaparecer ao longo do tempo, mas a sua ocorrência pode ser o suficiente para que muitos indivíduos que experimentam fumar não prossigam com o consumo (Nunes, 2006).

Segundo APA e WHO em 1994 e 2004, respetivamente, quando o fumador interrompe o consumo surge a síndrome de abstinência que apresenta sintomas como um forte desejo de fumar, a falta de concentração, irritação, frustração, ansiedade, depressão, aumento do apetite face ao habitual, cansaço, disforia ou desaceleração do ritmo cardíaco, entre outros (Nunes, 2006).

A APA (1994) e a WHO (1992) citadas por Nunes (2006) referem que a dependência nicotínica consta na 10ª Classificação Internacional das Doenças (ICD – 10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV. E, segundo os critérios de classificação de dependência de substâncias da ICD-10, existem seis critérios. No entanto, nos adultos, se estiverem presentes três dos seis critérios, no ano anterior, indica que existe dependência. Os critérios de dependência, segundo a ICD-10, são:

- 1 – “Um forte desejo, ou compulsão, para consumir a substância.
- 2 – Dificuldade em controlar o consumo, quanto ao seu início, o seu termo ou a sua intensidade;
- 3 – Síndrome de abstinência;
- 4 – Desenvolvimento de tolerância;
- 5 – Perda progressiva do interesse por atividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância, ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização;
- 6 – Persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença” (APA, 1994; WHO, 1992 citadas por Nunes, 2006, p.228).

Em adultos, a dependência nicotínica tem sido medida pelo Questionário de Tolerância de Fagerström ou uma versão modificada denominada por Teste de Tolerância à Nicotina de Fagerström, sendo que ambas incluem questões sobre temas específicos do tabaco (USDHHS, 2012).

Os critérios de dependência no adolescente não são unânimes entre a comunidade científica porque, inicialmente, a dependência classificava-se segundo o perfil do adulto e o tempo do consumo. No caso dos adolescentes não fazia muito sentido aplicar estes critérios devido a consumirem há pouco tempo. No entanto, a evidência científica sugere a manifestação de sintomas de dependência física da nicotina, mesmo com um curto período de exposição à nicotina (USDHHS, 2012).

Têm sido realizados estudos sobre o comportamento dos adolescentes face ao sintoma de dependência de nicotina, entre os quais, um estudo de DiFranza *et al.* (2000) investigaram que, perante uma população de adolescentes, uma grande parte revelou, no mínimo, um sintoma de dependência nicotínica enquanto tentava deixar de fumar, mesmo que fosse nas primeiras quatro semanas depois de ter começado a fumar (pelo menos dois cigarros num período de 2 meses) e concluíram que os adolescentes podem tornar-se dependentes, mesmo que tenham consumido durante pouco tempo. Este estudo foi realizado tendo por base um instrumento desenvolvido especificamente para os adolescentes, demonstrando que os adolescentes podem-se tornar muito dependentes mesmo num período curto depois da iniciação.

Segundo o USDHHS (2012) foram realizados diversos estudos em adolescentes que vivenciaram sintomas subjetivos de abstinência, como a ansiedade, o nervosismo, a inquietação, a irritabilidade, o aumento do apetite, a dificuldade de concentração, a tristeza e distúrbios de sono depois de parar de fumar. Autores como Prokhorov, Bagot ou Smith são mencionados no USDHHS (2012) por referirem que os adolescentes reportam sintomas de abstinência, contudo, o sintoma predominantemente vivenciado durante esta fase é o desejo de fumar.

Segundo DiFranza *et al.* (2002) existe evidência científica que sugere os adolescentes como mais vulneráveis à dependência nicotínica face aos adultos, possivelmente devido ao cérebro se encontrar numa fase de desenvolvimento. DiFranza *et al.* (2002) ao citar Barker (1993) refere que os adolescentes com idade inferior a 19 anos apresentam uma probabilidade duas vezes superior de vir a ter dificuldade em parar de fumar antes de atingir 100 cigarros, comparando aos indivíduos de 19 a 22 anos.

De uma forma geral, a suscetibilidade à nicotina varia de indivíduo para indivíduo e a grande maioria dos fumadores apresenta critérios de dependência que são definidos por diferentes graus de dependência e que podem ser fundamentados pela existência de outros fatores (DiFranza *et al.*, 2002).

Foram desenvolvidos alguns instrumentos de medição da dependência nicotínica entre os adolescentes fumadores, como a Escala Modificada de Fagerström ou a Escala da Síndrome de Dependência Nicotínica que mede os comportamentos importantes no uso do tabaco (DiFranza *et al.*, 2002).

A falta de instrumentos adequados para medir a dependência nicotínica entre os adolescentes fumadores é uma lacuna para a interpretação da relevância dos resultados de diversos estudos (Colby *et al.*, 2000), tendo em conta que as escalas desenvolvidas demonstram pouca concordância nos resultados obtidos no seu uso (USDHHS, 2012).

Os efeitos do consumo de tabaco no aparelho respiratório do adolescente podem ocorrer momentos depois da exposição ao fumo. A dose e a duração da exposição são responsáveis por determinar a intensidade e frequência dos sintomas. As consequências podem ser a redução da função pulmonar o que prejudica o crescimento pulmonar durante a adolescência; o aparecimento de pieira suficientemente forte para ser diagnosticada como asma em adolescentes suscetíveis, tosse, respiração ofegante e falta de ar (USDHHS, 2004, 2012; Constant *et al.*, 2011).

Os efeitos cardiovasculares associados ao consumo de tabaco na saúde do adolescente que a evidência científica sugere são a degradação do perfil lipídico (USDHHS, 2010; 2012).

O consumo de tabaco na adolescência potencia a suscetibilidade para desenvolver doenças na idade adulta, como a probabilidade elevada de desenvolver cancro de pulmão, rim, bexiga. A iniciação do consumo de tabaco antes dos 15 duplica o risco de ter cancro pulmão comparado a quem iniciou o consumo por volta dos 20 anos ou mais tarde (Christophi *et al.*, 2009).

Os adolescentes fumadores apresentam consequências ao nível da saúde oral, tais como a prevalência e severidade de cárie dentária (Ditmyer *et al.*, 2013).

Quanto mais cedo se começa a fumar mais graves serão as consequências na saúde na idade adulta, dado que muitas doenças como o cancro estão associadas, não apenas à dose como também ao tempo de exposição. Apesar de a cessação tabágica ser benéfica em qualquer idade, quanto mais cedo se deixar de fumar, melhor é para a saúde (USDHHS, 2012).

## **1.2.2. COMPORTAMENTO TABÁGICO NA ADOLESCÊNCIA**

### **1.2.2.1. MODELOS EXPLICATIVOS DO COMPORTAMENTO TABÁGICO NOS ADOLESCENTES**

Existem diversos modelos teóricos que procuram explicar e compreender o comportamento e fatores associados ao consumo de tabaco entre os adolescentes.

No presente capítulo serão apresentados os principais modelos que constituem a base do estudo do comportamento tabágico entre os adolescentes, com especial ênfase para as variáveis que influenciam este consumo.

O modelo que reúne maior consenso na comunidade científica sobre o processo pelo qual o adolescente evolui da experimentação do tabaco ao consumo regular e à dependência integra os seguintes estádios:

- Fase pré-iniciação: nesta fase dá-se a formação das crenças sobre a utilidade de fumar, dos conhecimentos e das expectativas sobre o tabaco;
- Fase da iniciação: esta fase refere-se aos primeiros cigarros que são fumados pelo adolescente. A percepção dos efeitos fisiológicos de fumar, quer sejam positivos ou negativos, assim como a intensidade do reforço social destas tentativas constituem fatores determinantes no prosseguimento do adolescente para o nível seguinte;
- Fase da experimentação: esta fase consiste num comportamento repetitivo e irregular do consumo de tabaco que pode ocorrer em situações específicas durante um intervalo de tempo variável;
- Fase do comportamento regular: esta fase consiste no desenvolvimento de uma rotina no padrão de consumo, o que para os adolescentes pode significar fumar, pelo menos, semanalmente;
- Dependência nicotínica: esta fase consiste no uso regular de tabaco, normalmente diário, caracterizado por uma necessidade fisiológica de nicotina que o adolescente sente. Os adolescentes podem revelar desejo de fumar, com tendência a fumar diariamente e a vivenciar sintomas de abstinência quando não fumam.

(Kremers, Mudde, DeVries, 2001; Milton *et al.*, 2004)

É possível encontrar na literatura outras teorias como a Teoria da Aprendizagem Social, Teoria Sociocognitiva, Teoria da Ação Racional, Teoria do Comportamento Planeado, o Modelo ASE (Attitude – Social Influence – Self-Efficacy) e a Teoria da Influência Triádica

(Kremers, 2002). Estas teorias serão abordadas ao longo deste capítulo e sugerem uma decisão racional ou planeada que antecede o comportamento (Kremers *et al.*, 2004).

A Teoria da Aprendizagem Social sustenta que os comportamentos podem ser explicados por processos sociais. Esta teoria baseia-se na aprendizagem de comportamentos pela observação das ações de outros indivíduos (que podem ser encarados como “modelos sociais”), assim como pelas consequências dessas mesmas ações, resultando em recompensas favoráveis ou desfavoráveis ao indivíduo, processo que é designado por *reforço vicariante* (Russel, 1996; Loureiro, Matos, Sardinha, 1999; Kobus, 2003).

Adaptando esta teoria ao estudo do comportamento tabágico, o indivíduo encontra-se exposto ao comportamento de terceiros e à influência que possa ser exercida por eles. O comportamento pode ser observado noutro indivíduo, percecionando-se apenas vantagens enquanto as consequências negativas podem não ser notadas. Isto vai permitir uma probabilidade considerável da ocorrência do comportamento com sucesso (Vitória, 2004).

Nesta sequência, os jovens tendem a observar e a imitar o comportamento daqueles com quem convivem, ou seja, a família e o grupo de pares. Por isso, se entre estes elementos constarem fumadores, aumenta a probabilidade de o adolescente vir a fumar (Kobus, 2003).

A classe das teorias sociocognitivas contempla a influência das normas sociais segundo a mediação de processos cognitivos. Esta categoria de teorias explica o comportamento com recurso a um conjunto de variáveis, como a intenção de concretizar o comportamento no futuro (Vitória, 2004).

Vitória ao citar Bandura (1986) afirma que este mesmo autor, na década de 70, sugeriu que o comportamento era o resultado da associação dos processos do meio, incluindo processos sociais, físicos e pessoais. Este processo designa-se por Teoria Sociocognitiva (Vitória, 2009). Alvarez ao citar Bandura (1986) afirma que esta teoria privilegia o papel das crenças que a pessoa tem sobre as suas capacidades para desempenhar uma tarefa eficazmente como um elemento essencial para a motivação e envolvimento no comportamento (Alvarez, 2005).

Na Teoria Sociocognitiva os fatores pessoais, o ambiente e o comportamento interagem de modo a influenciarem e a serem mutuamente influenciados uns pelos outros. Vitória ao citar Bandura (1986) afirma que os processos pessoais podem ser entendidos como cognitivos, por exemplo, incentivos externos e expectativas internas (Vitória, 2009). Alvarez ao citar Bandura (1986) afirma que a interação existente entre o ambiente, os comportamentos e os fatores pessoais denomina-se por determinismo recíproco. Este permite que um indivíduo modifique o seu ambiente e as suas próprias crenças em função das informações que adquire e das interpretações dos resultados do seu desempenho (Loureiro, Matos, Sardinha, 1999; Alvarez, 2005).

Vitória ao citar Bandura (1986) afirma que este autor utilizou as expectativas para explicar o comportamento. Estas podem ser aplicadas ao comportamento tabágico dos adolescentes da seguinte forma:

- “Expectativas sobre as consequências da situação, que são as crenças sobre os resultados de um dado acontecimento (como fumar prejudica a saúde);
- Expectativas sobre as consequências de um comportamento (como se eu fumar ficarei doente);
- Expectativas de autoeficácia, que são crenças sobre a capacidade própria para realizar ou para não realizar uma dada ação (como se me oferecerem um cigarro serei capaz de recusar).” (Vitória, 2009, p.45, 46).

Na sequência das expectativas de autoeficácia, Kremers *et al.* (2004) mencionam os adolescentes como alvos dos próprios amigos, na medida em que estes oferecem-lhe cigarros e, caso o adolescente não recuse um cigarro, pode induzir a que, no futuro, sejam diminuídas as expectativas na sua capacidade para recusar ofertas.

Alvarez ao citar Bandura (1990) afirma que quando os indivíduos possuem uma baixa percepção de autoeficácia, existe probabilidade de eles não terem capacidade de resolver as situações de forma eficaz, mesmo sabendo como agir e tendo competências necessárias, podendo originar grandes diferenças entre o conhecimento que se possui e a própria ação que é realizada (Alvarez, 2005).

A Teoria da Ação Racional, desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1980), é uma exceção entre as teorias intencionais porque não inclui a autoeficácia (Kremers, 2002). No entanto, esta teoria relaciona opiniões, atitudes e comportamentos, estando subjacentes os princípios de que os “humanos são animais racionais que utilizam ou processam sistematicamente a informação disponível” e que a “informação é usada de uma forma racional para a tomada de decisão comportamental” (Russel, 1996, p.8).

Vitória ao citar Ajzen 1988,1991, Ajzen e Madden, 1986 afirma que nesta teoria, a intenção é descrita como o determinante principal do comportamento (que é voluntário). Esta surge antes do comportamento e todos os outros fatores que o influenciam, como a atitude e as normas sociais, são mediados pela própria intenção. Isto significa que as intenções comportamentais do indivíduo podem ser previsíveis caso se conheça a sua atitude em relação ao comportamento e às normas subjetivas (Russel, 1996; Vitória, 2009).

Precioso e Macedo ao citar DeVries (1989) afirmam que a atitude do indivíduo em relação ao comportamento associa-se ao nível em que o indivíduo detém uma avaliação sobre o comportamento. A atitude sofre a influência das crenças relevantes sobre as consequências de este se concretizar, assim como as vantagens/ desvantagens ou custos e benefícios de o realizar (Russel, 1996; Precioso e Macedo, 2004).

Segundo Vries, 1989, Vilaça e Cruz, 1996, a norma subjetiva de um indivíduo é interpretada como a percepção pelo próprio sobre o que as pressões sociais (entendidas como a maior parte das pessoas que são importantes para o indivíduo) pensam sobre realizar, ou não, o comportamento em causa. Esta norma permite medir o grau de pressão social percebida pelo indivíduo para executar o comportamento (Precioso e Macedo, 2004).

Precioso e Macedo ao citar Vries e Kok, 1986, Vries, 1989, afirmam que apesar de o comportamento tabágico poder ser antevisto pela intenção do indivíduo para fumar, a concretização da intenção pode não se dar pela existência de barreiras. As barreiras que podem impossibilitar a concretização da intenção podem ser, por exemplo, o adolescente não pretende fumar mas não possui mecanismos de como recusar o cigarro. Eventualmente o adolescente também pode desejar fumar, mas não reúne os meios necessários para o concretizar (Precioso e Macedo, 2004). Uma barreira que pode impossibilitar a concretização do desejo de fumar do adolescente é a limitada disponibilidade financeira para comprar tabaco (Chen *et al.*, 2013).

No âmbito do estudo do comportamento tabágico a atitude representa o sentimento geral, favorável ou não, sobre fumar e em que se encara como “fumar é mau”. Deste modo, a realização de um comportamento aumenta quando o indivíduo tem uma atitude positiva à sua concretização e quando percebe a existência de apoio normativo para a sua realização por parte das pessoas que considera modelos sociais. Os adolescentes não fumadores percebem uma maior norma subjetiva negativa sobre o consumo regular de tabaco, consequência da influência dos pais, irmãos, familiares, profissionais de saúde e amigos não fumadores (Precioso e Macedo, 2004).

A Teoria do Comportamento Planeado surge como uma extensão do Modelo da Ação Racional e também tem sido amplamente utilizada no estudo sobre o comportamento tabágico.

Esta teoria foi proposta pelos mesmos autores por reconhecerem a existência de fatores determinantes do comportamento que são conscientes para o indivíduo e mesmo assim ele sabe que não estão sob o seu controlo. Ao conjunto das variáveis nucleares, como a intenção, as atitudes e as normas sociais, adiciona-se a “percepção do controlo do comportamento” (Ajzen, 1991).

Nesta teoria a intenção individual mantém-se o fator nuclear para realizar determinado comportamento. A intenção pretende atrair fatores motivacionais que influenciem o comportamento e sejam indicadores dos esforços que o indivíduo pretende investir na tentativa e planificação da concretização de um dado comportamento (Ajzen, 1991).

Tal como na teoria anterior, mantém-se a atitude e as normas subjetivas, adicionando-lhes a percepção do controlo do comportamento, sendo todos eles determinantes independentes da intenção. A percepção do controlo do comportamento encontra-se



relacionada com a percepção, fácil ou difícil, de desempenhar um comportamento e este reflete as experiências do passado e os obstáculos e impedimentos previstos (Ajzen, 1991).

A intenção para vir a realizar um comportamento pode ser prevista com elevada probabilidade a partir das atitudes em relação ao comportamento, as normas subjetivas e a percepção do controlo do comportamento. De uma forma genérica, quanto mais forte uma intenção se associa a um comportamento, maior a probabilidade de ocorrer o comportamento. Por outro lado, a intenção associada ao comportamento pode exprimir-se apenas se o comportamento estiver sob controlo da própria vontade e, embora alguns comportamentos sigam esta tendência, a maior parte depende de fatores não motivacionais, como a disponibilidade de recursos e as oportunidades (tempo, financeiras ou capacidades). E caso os fatores necessários estejam reunidos, maior é a probabilidade de se realizar o comportamento com sucesso (Ajzen, 1991).

De uma forma geral, quanto mais benéficas forem as atitudes e as normas subjetivas face ao comportamento e maior a percepção de controlo do comportamento, mais forte será a intenção da pessoa para realizar o comportamento em questão (Ajzen, 1991).

Segundo Ajzen (1991), em algumas situações devem ser consideradas as pressões sociais percebidas, os sentimentos pessoais de dever moral ou responsabilidade de desempenhar ou recusar realizar um comportamento. Espera-se que os deveres morais influenciem as intenções, as atitudes, normas subjetivas (sociais) e a percepção do controlo do comportamento.

O Modelo ASE (Atitude – Influência Social – Autoeficácia) derivou da interação e do progresso do Modelo de Ação Refletida. Este modelo defende que a intenção determina o comportamento, apresentando-se como mediadora da influência das variáveis mais proximais ou psicossociais no comportamento. As variáveis que integram este modelo são as atitudes, a influência social e a autoeficácia (Vitória, 2009).

Segundo Bandura, 1986, Evans, 1976, Ravis e Sheeran, 2003, as atitudes operacionalizam-se pelas crenças, podendo ter uma vertente afetiva, ou cognitiva. A influência social operacionaliza-se pela norma subjetiva, descritiva ou pressão direta. A autoeficácia operacionaliza-se pela percepção da própria capacidade para resistir a fumar em variadas situações (Vitória, 2009).

A Teoria da Influência Triádica (Flay e Petraitis, 1994) reúne conceitos de diferentes teorias, tais como a Teoria da Ação Racional, Aprendizagem Social e Comportamento Planeado (Kremers, 2002).

Esta teoria assume que o comportamento surge em função da intenção do indivíduo, integra e combina uma vertente cognitiva e afetiva, assim como influências sociocognitivas, conceitos e interação social. Esta teoria dá especial ênfase aos níveis distais face aos proximais na influência das atitudes, influência social e autoeficácia (Kremers, 2002).



A Teoria dos Comportamentos-Problema (Jessor e Jessor, 1977), tem por base a explicação de um comportamento desajustado dos adolescentes tendo em conta a relação entre o adolescente e a natureza da relação com os pais (Ary *et al.*, 1999). As famílias muito conflituosas possuem baixos níveis de envolvimento e um défice na relação entre os filhos e pais. A evidência científica sugere que os adolescentes com comportamentos desviantes tendem a afiliar-se a um grupo de pares com o mesmo tipo de comportamento, o que possibilita o aumento da frequência e multiplicidade de problemas (Ary *et al.*, 1999; Vitória, 2009).

A Teoria da Identidade Social baseia-se no comportamento do indivíduo em função do seu autoconceito, resultante da classificação de grupos sociais e da comparação entre esses grupos, obtendo-se uma imagem positiva ou negativa da identidade. A Teoria da Socialização Primária tem por base que os comportamentos e as normas são aprendidos em contextos sociais (família, escola, grupo de pares). A Teoria das Redes Sociais assenta num pressuposto de que o comportamento surge resultante da interdependência entre a pessoa e os laços que o relacionam a um sistema social (Vitória, 2009).

Concluída a abordagem sobre os principais modelos subjacentes ao estudo do comportamento tabágico nos adolescentes segue-se a apresentação dos fatores associados ao comportamento tabágico entre os adolescentes estudados pela comunidade científica.

#### **1.2.2.2. FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO TABÁGICO NOS ADOLESCENTES**

O'Loughlin *et al.* (2009) referem um conjunto de fatores que parecem influenciar a iniciação do comportamento tabágico como a idade juvenil, a família monoparental, a convivência com os pais, amigos, colegas e irmãos fumadores, o *stress*, a impulsividade, a baixa autoestima, a necessidade que o adolescente sente para fumar, o reduzido desempenho escolar, ser suscetível à publicidade, consumir álcool, usar outros produtos do tabaco e frequentar escolas permissivas ao uso do tabaco. Por outro lado, autores como Carvajal *et al.* (2004) adicionam as estratégias mal sucedidas de *coping* e a depressão como fatores associados à suscetibilidade para consumir tabaco por parte de quem nunca tenha experimentado. Ainda, estudos elencados no USDHHS (2012) acrescentam que a iniciação do comportamento tabágico entre os adolescentes pode ser impulsionada por um conjunto de fatores como a reduzida autoeficácia do adolescente para recusar fumar e percecionar a aprovação de jovens ou adultos em relação ao tabaco, assim como um baixo nível socioeconómico.

A transição da fase do consumo ocasional para o consumo regular pode ser influenciada, segundo O'Loughlin *et al.* (2009) pela convivência com amigos e irmãos

fumadores, pela necessidade de fumar, a suscetibilidade à publicidade, usar outros produtos tabágicos, assim como ter uma autopercepção de que está dependente, física e mentalmente, do tabaco. Carvajal *et al.* (2004) referem a intenção de fumar, as atitudes positivas ou negativas em relação ao tabaco, as barreiras ao consumo, a baixa autoeficácia para recusar fumar, as normas dos pais e o sucesso escolar como fatores influenciadores desta etapa. Por outro lado, o USDHHS (2012) refere que os fatores que podem intervir nesta etapa são a percepção do valor social do tabaco, pela influência dos pares, assim como as crenças em relação ao tabaco e a acessibilidade ao tabaco. A mudança da fase do consumo ocasional para o consumo regular pode ser influenciada por fatores como a escassa autoeficácia para recusar fumar, o fácil acesso ao tabaco, assim como a convivência com fumadores (USDHHS, 2012).

Carvajal *et al.* (2004) e Loureiro, Matos, Sardinha (1999) salientam a importância de que a iniciação do consumo ou a progressão para o uso regular podem dever-se a outros fatores.

A suscetibilidade desempenha um papel importante na determinação da experimentação de substâncias nos adolescentes, sobretudo porque este mecanismo leva a que os indivíduos comecem a fumar e, possa, de certa forma, induzir na experimentação e consumo de outras substâncias (Pierce e Gilpin, 1996; USDHHS, 2012).

Deve-se considerar que todos os indivíduos diferem entre si e, portanto, os fatores associados ao comportamento tabágico podem não corresponder na totalidade a todos os indivíduos. Também deve-se considerar poder haver diferenças entre o sexo (Precioso e Macedo, 2004).

Estudar a dimensão dos fatores que influenciam a iniciação do comportamento tabágico torna-se importante sobretudo quando existe uma vasta obra científica proclamando os fatores que estão subjacentes a este comportamento. Neste sentido, e tendo em conta que a comunidade científica aponta diferentes fatores associados à iniciação do comportamento tabágico, assim como diferentes formas de os categorizar, no presente trabalho estruturou-se os fatores tendo em conta a matriz elaborada por Flay *et al.*, 1999, Petraitis *et al.*, 1995 e adaptada por Vitória (2009).

A utilização desta matriz permitiu apresentar de forma organizada a influência dos fatores associados ao comportamento tabágico nos adolescentes. Esta matriz apresenta os fatores influenciadores do comportamento por tipos e níveis de influência. Flay *et al.*, 1999, Petraitis *et al.*, 1995, definiram os tipos de influências como as influências do próprio indivíduo para o meio, sendo designadas por intrapessoal, atitudinal e sociocultural. Por outro lado, surge a influência que parte dos fatores próximos do comportamento em direção aos fatores

mais afastados e esta categoria consiste em três níveis de influência, o proximal, o distal e o básico (Vitória, 2009).

Quadro 1 - Matriz de tipos e níveis de influência no comportamento Fonte: Vitória, 2009.

Níveis de Influência	Tipos de Influência		
	Intra-individuais	Atitudinais	Sociais
	1.Fatores preditores imediatos (impacto elevado no comportamento)		
<b>Proximais</b>	2.Fatores proximais intra-individuais (impacto elevado)	3.Fatores proximais atitudinais (impacto elevado)	4.Fatores proximais sociais (impacto muito elevado)
<b>Distais</b>	5.Fatores distais intra-individuais (impacto moderado)	6.Fatores distais atitudinais (impacto muito elevado)	7.Fatores distais sociais (impacto muito elevado)
<b>Básicos</b>	8.Fatores básicos intra-individuais (impacto fraco)	9.Fatores básicos atitudinais (impacto muito fraco)	10.Fatores básicos sociais (impacto fraco)

### 1. Fatores preditores imediatos

Pertencem a este grupo os fatores cognitivos e comportamentais. Os primeiros correspondem à intenção, assim como a decisão que o adolescente assume de experimentar ou continuar o comportamento. Vitória ao citar Sussman *et al.*, 1987 afirma que a intenção que o adolescente possui sobre fumar no futuro é considerada um importante fator para determinar a probabilidade de se dar a iniciação do consumo (Vitória, 2009). Os segundos fatores correspondem aos próprios comportamentos associados à conduta de fumar “com destaque para a iniciação precoce do consumo de tabaco e para o consumo de álcool e outras drogas” (Vitória, 2009, p.37).

A iniciação precoce do consumo de tabaco é associada ao uso de outras substâncias como a marijuana e outras drogas ilícitas, assim como os distúrbios relacionados com o uso de múltiplas substâncias. O consumo regular de tabaco pode anteceder o uso de outras drogas entre os adolescentes e constitui um fator de risco para o uso de drogas e álcool no futuro (Milton *et al.*, 2004; USDHHS, 2012). Segundo Mayet *et al.* (2001), a probabilidade de um adolescente experimentar precocemente o uso do tabaco é superior à probabilidade de experimentar cannabis. No entanto, a experimentação de uma destas substâncias aumenta a probabilidade de experimentar a segunda.

Vitória (2009) cita Clark e Conelius (2004) por concluírem que “crianças com diagnóstico de perturbação do comportamento têm risco superior de iniciar o consumo de tabaco durante a adolescência e de ficar dependentes”. O'Donohue *et al.* (2013) citam um estudo de Griesler *et al.* (2008) numa amostra de adolescentes sobre a existência de

transtornos psíquicos como fatores de risco para o desenvolvimento da dependência nicotínica.

## **2. Fatores proximais intra-individuais**

Pertencem a este grupo a “autoeficácia ou as crenças e expectativas da pessoa sobre a sua capacidade para fumar ou para não fumar, que podem ser fatores protetores ou de risco”, segundo Bandura, 1986, DeVries, Dijkstra, Kuhlman, 1988, Engels *et al.*, 2005 citados por Vitória (2009, p.37).

Vitória (2011) ao citar Sussman *et al.*, 1987 afirma que a crença que o adolescente possui sobre a sua capacidade para recusar cigarros, isto é, se será ou não capaz de os recusar e, conseqüentemente, vir a fumar, constitui um importante fator para determinar a probabilidade de o adolescente fumar no futuro (Kremers *et al.*, 2004; Vitória, 2009; Vitória, *et al.*, 2011).

## **3. Fatores proximais atitudinais**

Incluem-se neste grupo as “crenças sobre as vantagens e as desvantagens do comportamento tabágico e sobre outras conseqüências que podem ser percebidas como associadas a fumar. Estas crenças também podem ser protetoras ou de risco” (Vitória, 2009, p.37).

Os adolescentes que possuem atitudes positivas em relação ao tabaco e aos fumadores possuem um risco acrescido de se tornarem fumadores (Conrad; Flay; Hill, 1992; USDHHS, 1994; Tyas e Pederson, 1998; AGDHA, 2005). Neste sentido, AGDHA ao citar Zapata *et al.*, 2004 afirma que os adolescentes que experimentaram fumar e acreditam que o tabaco lhes proporcionou calma e os ajudou a lidar com situações problemáticas (stress, ansiedade, tédio) também possuem uma probabilidade elevada de voltar a fumar (AGDHA, 2005). A vivência de experiências positivas pelos adolescentes na experimentação do tabaco possibilita a formação de uma atitude favorável em relação ao seu uso (Kobus, 2003).

A existência de crenças sobre os efeitos benéficos no controlo do peso corporal permitem que este fator seja considerado importante na decisão do consumo de tabaco, sobretudo entre os adolescentes (O'Donohue *et al.*, 2013).

O USDHHS (2012) ao citar dados de Cavallo *et al.* (2006) sobre uma população juvenil com idade média de 16,5 anos, mostra que as raparigas fumadoras comparadas aos rapazes fumadores apresentaram fortes crenças de que o consumo de tabaco ajudava a equilibrar o peso corporal. Estas raparigas demonstraram uma preocupação elevada sobre o ganho de peso na cessação tabágica. Apesar de Mackay, Gray, Pell (2013) terem concluído

que entre os adultos fumadores ativos existe um menor risco de terem excesso de peso, não há evidência suficiente que suporte a crença de que o consumo de tabaco entre os adolescentes tenha um efeito de controlo. Esta crença foi incutida, sobretudo nos jovens e nas mulheres, pela indústria tabaqueira. Este tipo de mensagem teve impacto direto, sobretudo, nestes grupos da população que acreditam na utilização do tabaco como estratégia para controlar o peso corporal (USDHHS, 2012; O'Donohue *et al.*, 2013).

Poder-se-á incluir nesta categoria o conhecimento que os adolescentes possuem sobre as consequências do consumo de tabaco na saúde. AGDHA ao citar Chassin *et al.* (1996) afirma que um maior conhecimento sobre as consequências do consumo de tabaco na saúde é considerado um fator protetor. Os adolescentes que têm um maior conhecimento sobre os efeitos deste consumo na saúde e manifestam muita preocupação com o seu estado de saúde apresentam uma maior probabilidade de não iniciar o consumo de tabaco ou de o cessar, caso já o tenham iniciado (Conrad, Flay, Hill, 1992; Tyas e Pederson, 1998). Nunes (2004) ao citar Riesenberg e Vandyke (2002) refere que os adolescentes apresentam uma maior probabilidade de serem fumadores se não entenderem que o consumo de tabaco causa diversos problemas de saúde.

AGDHA (2005) ao citar Zapata *et al.* (2004) afirma que a perceção que o adolescente possui sobre a dependência da nicotina ou a dificuldade em deixar de fumar foram relacionadas a um decréscimo no consumo de tabaco. Al-Adawi e Powell (1997) citados por Nunes (2004) referem que os adolescentes têm noção da dependência nicotínica.

#### **4. Fatores proximais sociais**

Este grupo inclui as “crenças sobre as normas sociais relativas ao comportamento e ao grau de motivação para as cumprir” (Vitória, 2009, p.38).

As crenças que se podem incluir nesta categoria são relativas ao que os modelos sociais do adolescente pensam que deve ser o comportamento do próprio. Consideram-se como modelos sociais os pais e os pares (Kobus, 2003; Vitória, 2009).

Segundo Precioso (1999) e Erikson, Mackay (2002) citados por Nunes (2004), a perceção que os adolescentes têm acerca do meio social que os envolve pode ser decisiva no momento da iniciação tabágica. Isto acontece porque o comportamento tabágico é socialmente aceite e possui uma conotação positiva entre os adolescentes. Neste sentido, existe uma elevada percentagem dos adolescentes que iniciam o consumo de tabaco por perceberem que ao fazê-lo melhoram a sua imagem perante o meio social e, consequentemente, serão socialmente bem aceites (Vitória *et al.*, 2009). Os adolescentes podem consumir tabaco para causar impressão nas outras pessoas e parecer “fixe” (Halpern-Felsher *et al.*, 2004). Kobus (2003) sugere que os adolescentes percebem uma pressão

interna para fumar se o seu grupo de pares também fumar, tendo por objetivo evitar que sejam excluídos do seu grupo de pares.

Valente *et al.* (2013) estudaram adolescentes do 9.º e 10.º anos sobre as influências dos pares no comportamento tabágico do adolescente. Esta investigação evidenciou que a percepção do amigo fumador está fortemente associada ao comportamento do adolescente do consumo de tabaco. Estes dados evidenciam a importância que a percepção e a popularidade desempenham para influenciar os adolescentes a fumar.

O AGDHA (2005) ao citar Darling e Cumsille (2003) afirma que o consumo de tabaco entre os pais pode induzir os adolescentes a perceberem o hábito de fumar como positivo e socialmente aceitável. Esta percepção aumenta a probabilidade de o adolescente aceitar um cigarro no futuro (USDHHS, 1994; AGDHA, 2005). No entanto, em determinados adolescentes, as práticas parentais podem considerar-se fatores protetores face ao tabaco e para outros, não existe essa proteção (Kobus, 2003).

Nesta categoria podem-se inserir as estimativas sobre o número de fumadores existentes no seu círculo social (Carvajal *et al.*, 2000; Kremers *et al.*, 2004). Os autores Otten, Engels e Prinstein (2009) estudaram que os adolescentes que convivem com pais ou pares fumadores possuem uma probabilidade acrescida de sobrestimar o número de fumadores. Isto promove uma percepção da prevalência de fumadores à sua volta desajustada. Deste modo, o contacto com a exposição ao tabaco torna-se tão vulgar para estes adolescentes, o suficiente para que venham a fumar no futuro e com uma probabilidade acrescida de fumar regularmente.

## **5. Fatores distais intra-individuais**

Os fatores que integram este grupo são os “estados afetivos, as competências e outros comportamentos que se podem ligar a uma motivação interna para fumar e que podem minar o efeito protetor da autoeficácia para recusar fumar” (Vitória, 2009, p.38).

Entre os fatores pertencentes a esta categoria pode-se considerar a curiosidade. Pierce *et al.* (2005) estudou que a curiosidade é uma das principais razões enumeradas pelos fumadores para experimentar fumar. Estes autores concluíram que a curiosidade pode ser um fator crítico que pode aumentar o risco de fumar no futuro.

A baixa autoestima do adolescente pode eliminar o efeito protetor da autoeficácia para recusar fumar. Carvajal *et al.* (2000) estudaram que os adolescentes com baixa autoestima apresentam uma probabilidade superior à dos seus pares, que por sua vez possuem comportamentos desviantes, aumentando a probabilidade de os adolescentes se tornarem fumadores.

A iniciação e manutenção do consumo de tabaco nos adolescentes têm sido associadas ao *stress*. Os adolescentes com elevados níveis de *stress* elevam a sua probabilidade de virem a ser fumadores (AGDHA, 2005).

O estado de depressão pode ser considerado um fator que provoca a iniciação do consumo de tabaco ou a dependência nicotínica (Sasco e Kleihues, 1999).

O desempenho escolar tem sido considerado um fator importante na iniciação do consumo de tabaco. O insucesso escolar tem sido fortemente associado a um aumento da probabilidade para experimentar fumar (Conrad; Flay; Hill, 1992; Tyas e Pederson, 1998). Os autores Silva, Silva, Botelho (2008) estudaram numa amostra de adolescentes que os que reprovaram, pelo menos uma vez na vida, tinham uma probabilidade de cerca de duas vezes superior de experimentar fumar no futuro, face aos adolescentes que nunca reprovaram.

## **6. Fatores distais atitudinais**

Pertencem a este grupo os “valores dos adolescentes em relação com os valores do meio em que estão inseridos” (Vitória, 2009, p.39).

Os meios em que o adolescente pode estar envolvido são a família, que surge como primeiro e o mais importante agente socializador, os pares, a escola, a comunidade (Mackay e Erikson, 2002) e a religião (Vitória, 2009).

Os fatores que também se podem integrar neste grupo são a “tendência para o conformismo com os pares, a rebeldia, a tolerância do desvio, pouca ambição, criticismo social e baixa resistência à frustração”. Estas variáveis podem diferenciar-se entre os sexos e nas várias etapas da iniciação do comportamento tabágico, segundo autores como Briecker *et al.*, 2009, Gilpin *et al.*, 2005, Koval *et al.*, 2000 (Vitória, 2009, p.39).

Ellickson, Tucher, Klein (2001) concluíram que os adolescentes fumadores recentes têm uma maior probabilidade de vivenciar situações de rebeldia, como o consumo de substâncias lícitas e ilícitas ou venderem droga, engravidar e vivenciar a paternidade, assim como envolverem-se em comportamentos violentos e problemas na escola. O consumo de tabaco entre os jovens tende a estar muito relacionado com um conjunto de problemas comportamentais, a delinquência, mau comportamento na escola, comportamento de risco para se envolver em atividades sexuais. As atitudes positivas face aos desvios sociais estão relacionadas com o consumo de tabaco, sobretudo, devido ao convívio com grupo de amigos, também delinquentes (Tyas e Pederson, 1998).

As fracas estratégias de *coping* a que o comportamento tabágico tem sido associado, sobretudo entre os jovens (Tyas e Pederson, 1998) constituem exemplos de fatores integradores desta categoria.



## 7. Fatores distais sociais

Vitória ao citar Bandura (1986) afirma que este grupo inclui “as ligações que os adolescentes estabelecem com referentes do seu meio mais próximo e os comportamentos e atitudes desses modelos relativamente ao tabaco e a fumar” (Vitória, 2009, p.39).

Os meios sociais onde se inserem o adolescente, incluindo os pais, irmãos, amigos, os colegas de turma e professores têm sido associados ao comportamento tabágico do adolescente (O’Donohue *et al.* 2013).

Nunes (2004) ao citar Flay (1994) afirma que os comportamentos e atitudes associadas ao consumo de tabaco dos pais e amigos integram os fatores mais consistentes na associação ao consumo de tabaco entre os adolescentes.

O desenvolvimento do comportamento tabágico dos adolescentes pode ser influenciado pelo perfil tabágico da sua família, sobretudo dos pais (Tjora *et al.*, 2011; O’Donohue *et al.*, 2013). O’Donohue *et al.* (2013) ao citar Bandura (1986) afirma que este comportamento tem por base o conceito de Bandura de que o comportamento tabágico dos adolescentes pode ser modelado pelo comportamento tabágico dos pais.

Estudos revelam que o consumo de tabaco entre os pais potencia uma iniciação precoce do consumo de tabaco nos filhos e uma progressão para elevados níveis de consumo (O’Donohue *et al.*, 2013). As raparigas parecem ser mais influenciáveis pelo comportamento tabágico da figura materna do que da paterna (Sasco e Kleihues, 1999; O’Donohue *et al.*, 2013).

Chassin *et al.* (2002) mostraram que o comportamento tabágico dos pais possui um efeito moderado sobre o consumo de tabaco dos adolescentes. Estes autores verificaram que a cessação tabágica parental pode fazer diminuir o risco de o adolescente consumir tabaco. Contudo, para que a cessação tenha o efeito pretendido no adolescente, estes autores verificaram ser necessário que ambos os progenitores não devam fumar. Este fator pode ser considerado protetor.

A influência dos irmãos mais velhos também tem sido documentada como fator associado ao comportamento tabágico (Tjora *et al.*, 2011). Os irmãos podem desempenhar um papel de maior influência nos adolescentes do que os pais (Flay e Pederson, 1998; Sasco e Kleihues, 1999).

A influência da família tem sido subestimada em estudos sobre o impacto do consumo de tabaco entre os pais nos adolescentes. A influência dos pares, pelo contrário, tem sido muito sobrevalorizada, segundo DeVries *et al.*, 2003, Briecker *et al.*, 2007 (Vitória, 2009). Nunes (2004) ao citar Ecob *et al.* (1999) refere que a influência da família assume um papel mais importante em idades menores.

A influência dos pares no comportamento tabágico dos adolescentes é muito forte, sobretudo no momento da experimentação. Contudo, os adolescentes suscetíveis são mais



prováveis de serem influenciados pelos pares (Conrad, Flay, Hill, 1992; Sasco e Kleihues, 1999). A probabilidade de um adolescente fumar aumenta se o seu melhor amigo também fumar. A um maior número de fumadores no grupo de amigos, maior a probabilidade de se tornar fumador (Tyas e Pederson, 1998; Sasco e Kleihues, 1999).

O'Donohue *et al.* (2013) ao citam um estudo de Ali e Dwyer (2009) que concluiu um aumento do número de colegas fumadores na turma pode originar um aumento na probabilidade do adolescente fumar devido ao aumento do número de colegas de turma fumadores. O mesmo acontece quando o número de melhores amigos que fuma aumenta, elevando a probabilidade de o adolescentes fumar.

Segundo Perez e Zhang, 1999 e 2000, respetivamente, os professores podem contribuir para influenciar o comportamento tabágico dos adolescentes. As atitudes ambivalentes destes profissionais face ao consumo de tabaco podem estar relacionadas com limitações na introdução de estratégias preventivas (Nunes, 2004).

## **8. Fatores básicos intra-individuais**

Este grupo inclui os “fatores biológicos e os traços de personalidade dos adolescentes que podem promover alguma motivação interna para fumar ou a vulnerabilidade para os efeitos fisiológicos do tabaco” (Vitória, 2009, p.40).

Parece ser inconsistente a associação entre o consumo de tabaco e a relação com o género. Estudos sugerem que as taxas de consumo entre o sexo masculino e o feminino são idênticas. Contudo, parece haver diferenças relativamente aos fatores de risco e protetores, dado que o sexo masculino tende a ser influenciado por fatores internos, como problemas comportamentais, face ao sexo feminino que tende a ser mais suscetível aos fatores externos ou sociais, como os pares ou família (AGDHA, 2005).

Estudos revelados no USDHHS (2012) de autores como Li *et al.* (2008) mostraram a existência de marcadores genéticos associados à dependência nicotínica, onde estudaram que vários constituintes do fenótipo da dependência da nicotina parecem ser hereditários, tais como a tolerância, abstinência, dificuldade em deixar de fumar, o momento para o primeiro cigarro do dia e a frequência de cigarros fumados por dia. A existência de fatores genéticos associados às etapas do fumador, desde a iniciação, manutenção até à cessação tabágica foi apontada por autores como Bierut (2011) ou no USDHHS (2012).

Alguns traços de personalidade dos adolescentes podem-se inserir nesta categoria, tais como os elencados por O'Donohue, *et al.* (2013) como a rebeldia, a delinquência, impulsividade, ou outras características pessoais que reflitam baixos níveis de controlo emocional e comportamental, assim como pessoas menos confiantes são associadas à iniciação, manutenção e dependência do tabaco.

Os adolescentes que possuem comportamentos menos convencionais, ou seja, que tenham comportamentos diferentes dos comportamentos adequados à sua idade, tendem a ser mais suscetíveis de se relacionar com amigos que fumem (O'Donohue, *et al.*, 2013).

Por outro lado, Vitória (2009) ao citar Becoña (2007) afirma que a resiliência do adolescente pode ser incluída neste conjunto de fatores, como protetor.

## **9. Fatores básicos atitudinais**

Este grupo integra os “fatores com origem no meio próximo dos adolescentes, como a comunidade em que vivem e as instituições comunitárias e sociais com as quais contactam, que podem contribuir para o desenvolvimento de atitudes relativamente ao consumo de tabaco” (Vitória, 2009, p.40).

A exposição a “modelos sociais” do adolescente que fumem quer seja na escola ou na comunidade, podem ser fatores que influenciem o consumo de tabaco entre os adolescentes (O'Donohue *et al.*, 2013).

As normas sociais e a disponibilidade de acesso aos produtos do tabaco na comunidade influenciam o consumo de tabaco pelos adolescentes. Pelo contrário, a comunidade que se caracteriza como rígida, onde visam implementações regulatórias e legislativas do controlo do tabagismo podem deter o consumo nos adolescentes (O'Donohue *et al.*, 2013).

As campanhas de marketing e publicidade constituem uma influência no consumo de tabaco entre os jovens, sobretudo porque a adolescência constitui um período de elevada vulnerabilidade à exposição dos produtos tabágicos. Por isso, dado o processo de desenvolvimento em que os adolescentes se encontram, a exposição a imagens positivas sobre o tabaco podem incutir um efeito poderoso no comportamento tabágico dos adolescentes, sobretudo por eles tenderem a comportar-se de acordo com os seus modelos sociais, que manifestam a imagem de pessoas bem-sucedidas. Neste sentido, a exposição à publicidade encontra-se associado à iniciação do consumo de tabaco e a um aumento da frequência do uso (O'Donohue *et al.*, 2013).

Neste sentido, Morgenster *et al.* (2013) estudaram uma amostra de adolescentes, com média de idade de 13,2 anos, em seis países europeus. Concluíram que observar pessoas a fumar em filmes é um fator preditivo da iniciação tabágica em diferentes contextos culturais. Limitar a exposição dos adolescentes a observar fumar em filmes pode ser uma estratégia efetiva para reduzir a iniciação tabágica nos jovens.

Wilkinson *et al.* (2013) verificaram que o impacto da publicidade com imagens positivas sobre o tabaco, em adolescentes de 14 a 19 anos, os torna mais suscetíveis ao uso do tabaco. Wellman *et al.* (2006) confirmaram o efeito da exposição à publicidade, não só em

filmes, como em promoções, televisão e vídeos na associação à iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes.

Nunes (2004) ao citar CDC (2001) afirma que a percepção da facilidade no acesso ao tabaco pelos adolescentes constitui um fator de incentivo ao consumo, dado que estes adolescentes apresentam uma probabilidade superior para consumir tabaco. O aumento da suscetibilidade dos adolescentes para fumar, sobretudo do sexo masculino e não fumadores, tem sido muito associado à existência de postos de venda de tabaco perto da escola (Chan e Leatherdale, 2011).

O preço dos produtos tabágico constitui uma influência ao consumo de tabaco, sobretudo porque os adolescentes são mais suscetíveis ao aumento do preço do que os adultos (Chen *et al.* 2013). Estes autores verificaram que existe uma probabilidade acrescida, cerca de duas a cinco vezes mais, de os adolescentes com quantias maiores de mesadas ingressarem no consumo de tabaco ou tornarem-se fumadores regulares.

As formas pelas quais os jovens têm acesso ao tabaco pode ser junto dos próprios pais ou pela remuneração de trabalhos em *part-time* que realizam. Embora seja inconclusivo, a mesada e os trabalhos em parti-time podem contribuir para a probabilidade acrescida do risco de fumar por parte dos adolescentes (Chen *et al.*, 2013).

Nesta categoria pode-se incluir o comportamento protetor do adolescente como a prática de desporto que, segundo a evidência científica sugere, a participação do adolescente em desportos e atividade física possui um efeito protetor (AGDHA, 2005). Por outro lado, Nunes (2004) ao citar Gidwani (2002) afirma que um comportamento considerado de risco, tendo em conta que pode ser entendido como atividade de lazer, é a visualização de televisão, estando associado a um aumento do consumo de tabaco nos adolescentes, devido à exposição à publicidade, indiretamente.

## **10. Fatores básicos sociais**

Este grupo inclui os “fatores relacionados com características das pessoas que integram o meio proximal dos adolescentes e que podem ser de risco ou de proteção para o seu comportamento tabágico” (Vitória, 2009, p.41).

Alguns fatores que se podem considerar nesta categoria são a “exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa, escola e noutros contextos pode influenciar o comportamento dos jovens”, segundo autores como Farkas *et al.*, 2000, Seo, Bodde, Torabi, 2009 citados por Vitória (2009), p.41.

A influência da família no comportamento tabágico dos adolescentes tem sido amplamente estudada na comunidade científica e parece ser unânime de que esta

desempenha um fator protetor contra a iniciação do consumo de tabaco na adolescência (Mahabee-Gittens *et al.*, 2012, 2013; Schlauch, *et al.*, 2013).

O nível socioeconómico é um dos fatores que se associa ao comportamento tabágico, nomeadamente, um baixo nível socioeconómico está relacionado com o aumento do consumo entre os adolescentes (Conrad; Flay; Hill, 1992; Tyas e Pederson, 1998).

O nível académico dos pais assim como o orçamento familiar são inversamente proporcionais ao comportamento tabágico nos adolescentes. O nível académico da figura materna parece não ter influência sobre o comportamento tabágico dos adolescentes, contudo, podem estar inerentes variáveis de confusão, dado que a figura paterna, tradicionalmente, tende a estar mais ligada ao sustento, assim como à própria definição do nível socioeconómico da família (Tyas e Pederson, 1998). No entanto, na investigação de Silva, Silva, Botelho (2008) os resultados apresentaram uma menor prevalência da experimentação de cigarro em adolescentes cujas mães possuem um nível académico mais elevado. Estes autores apresentam um conjunto de estudos que revelam o nível académico da mãe como um importante preditor da saúde da família, na medida em que quanto mais literacia o indivíduo possui, maior será a sua preocupação para cuidar da família, também em relação aos assuntos da saúde.

Segundo autores como Cohen, Richardson, LaBree, 1994, Griesbach *et al.*, 2003, Zapata *et al.*, 2004, a estrutura familiar também enquadra-se nesta categoria de fatores dado que os adolescentes que provêm de famílias constituídas pelos dois elementos parentais apresentam uma diminuição do risco de fumar. Contrariamente, a evidência é sugestiva de que os adolescentes que vivem com um elemento parental (pai ou mãe) e com o padrasto/madrasta, são providos de um elevado risco para fumar face aos adolescentes que vivem em família monoparentais (AGDHA, 2005). As famílias numerosas com todos os elementos não fumadores tendem a exercer um papel protetor nos adolescentes face ao comportamento tabágico. Contudo, em grandes famílias existe uma probabilidade elevada de haver fumadores e, também existe probabilidade de os adolescentes terem de contactar com fumadores no seu núcleo familiar, exercendo um fator de risco no comportamento tabágico dos adolescentes (Tyas e Pederson, 1998).

A relação entre os pais e os filhos pode influenciar o comportamento tabágico dos adolescentes na medida em que a relação autoritária de pais para filhos está associada a baixos níveis de consumo de tabaco e a uma reduzida probabilidade de usar outras substâncias. A relação autoritária consiste numa relação que combina o rigor e a afetividade, exigindo responsabilidade dos adolescentes o que leva a que estes percecionem que os pais possuem elevadas expectativas sobre o seu comportamento e sejam menos suscetíveis às influências dos pares para fumar (Tyas e Pederson, 1998; AGDHA, 2005).

Neste seguimento as atitudes percebidas dos adolescentes em relação aos seus pais sobre o tabaco podem desempenhar um efeito protetor. E isto acontece mesmo em adolescentes cujos pais são fumadores, contudo, a relação entre estas partes se for suficientemente comunicativa e se os pais expressarem as suas restrições em consumir tabaco dentro de casa, continua a haver um efeito protetor (Sasco e Kleihues, 1999). Contrariamente, Nunes (2004) ao citar Precioso (1999) afirma que a percepção de atitudes permissivas e aprovação em relação ao comportamento tabágico, por parte dos pais pode ser um fator preditivo da experimentação de tabaco (Nunes, 2004; AGDH, 2005).

Um dos fatores que pode integrar esta categoria é a própria relação do adolescente a um grupo de pares fumadores, aumenta assim a probabilidade de se tornar, também ele fumador (Mahabee-Gittens *et al.*, 2013; Cavalca *et al.*, 2013). Apesar da influência dos amigos no consumo de tabaco ser elevada, esta manifesta-se ser superior nos adolescentes do ensino básico do que no secundário (Liao *et al.*, 2013).

#### **1.2.2.3. ESTUDOS SOBRE O COMPORTAMENTO TABÁGICO DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES**

A revisão da literatura sobre os fatores teóricos que influenciam a iniciação do comportamento tabágico nos adolescentes despertou o interesse para a determinação das investigações que foram, efetivamente, desenvolvidas em Portugal Continental e nos Açores, sobre as motivações dos adolescentes portugueses para a iniciação do consumo de tabaco.

As investigações realizadas em regiões específicas permitem determinar, com maior exatidão, as motivações que levam os adolescentes a experimentar fumar, mostrando com maior precisão a realidade local dos jovens. De seguida serão abordados alguns estudos realizados em Portugal.

Segundo o Eurobarómetro (2012), a maioria dos fumadores portugueses iniciou o consumo de tabaco devido aos amigos fumarem (82%), por gostarem do sabor ou do aroma do tabaco (19%), devido à acessibilidade do preço (10%), por os pais fumarem (6%), por gostarem do cheiro a mentol, fruta, especiarias (2%) ou da embalagem de cigarros (1%) (European Commission, 2012).

Precioso *et al* (2012b) estudou uma amostra de adolescentes portugueses do 5.º ao 12.º ano de escolaridade, no continente e nas regiões autónomas, e verificou que a maioria dos adolescentes mencionou ter experimentado fumar tabaco por curiosidade (77,9%). O momento da experimentação de tabaco caracterizou-se por ocorrer, sobretudo, na escola

(25,4%) e em casa de amigos (18,6%). O acesso ao primeiro cigarro adveio, na sua maioria, da oferta de um amigo (72%).

Precioso (2008) estudou o consumo de tabaco dos adolescentes escolarizados, com idade média de 13 anos, da região de Vila Verde e da Póvoa de Lanhoso. Este autor verificou que os adolescentes experimentaram fumar porque tiveram curiosidade; porque os amigos lhes oferecem cigarros e não souberam ou não quiseram recusar; por pensarem que “fumar é normal”, sobretudo tendo em conta que as pessoas mais próximas (amigos e irmãos) fumam, e por perceberem que as pessoas que lhe são próximas e fumam também gostariam que ele experimentasse fumar, entendendo-se como norma subjetiva. A falta de conhecimento dos problemas associados ao consumo de tabaco e a disponibilidade financeira sugerem estar associadas à iniciação do consumo. No momento da experimentação, o próprio adolescente pede cigarros aos amigos ou, são-lhes oferecidos pelos amigos.

Também na região norte de Portugal, Fraga, Ramos, Barros (2006) estudaram uma amostra de adolescentes na cidade do Porto, com idade média de 13 anos e constataram que 20% dos adolescentes já tinham experimentado fumar e 3% fuma regularmente. As razões frequentemente referidas pela amostra como as mais importantes para terem experimentado fumar foram a “curiosidade”, “os amigos fumarem”, “sentir prazer” ao fumar, “ser nervoso” ou “estar aborrecido”.

Nunes (2004) investigou uma amostra de adolescentes do 3.º ciclo nos distritos de Castelo Branco e Guarda sobre os fatores associados ao consumo de tabaco e constatou que os adolescentes iniciam o consumo de tabaco na companhia dos amigos, colegas ou sozinhos. Os fatores mais expressivamente associados ao consumo de tabaco na amostra foram: “consumir álcool”, “melhor amigo achar bem os jovens fumarem”, “pessoas importantes acharem bem os jovens fumarem”, “irmão(s) achar(em) bem os jovens fumarem”, “achar inútil as aulas/atividades de prevenção do tabagismo”, “absentismo escolar”, “frequentar cafés/pubs/discotecas nos tempos livres”, “professores acharem nem bem nem mal os jovens fumarem”, “ter muitos amigos fumadores”, “pessoas importantes acharem nem bem nem mal os jovens fumarem”.

Precioso, Macedo, Rebelo (2007) estudaram os adolescentes do 7.º, 8.º e 9.º ano da cidade de Braga, sobre a exposição ao fumo do tabaco e verificaram que 38% dos adolescentes estão expostos, diária e ocasionalmente, ao fumo do tabaco ambiental pelos pai/mãe/irmão fumarem dentro de casa. Estes autores constataram uma percentagem superior de adolescentes fumadores, diários e semanais, cujos pais também fumam, face aos adolescentes fumadores cujos pais não fumam. Nesta investigação verificou-se que são mais os adolescentes fumadores diários cujas mães são fumadoras do que adolescentes fumadores diários cujas mães são não fumadoras. Por último, analisou-se que são mais

frequentes os adolescentes fumadores cujo pai/mãe fuma, diária ou ocasionalmente, em casa, face aos adolescentes fumadores cujo pai/mãe fuma, mas não em casa.

Uma amostra de adolescentes do distrito de Lisboa, com média de idade de 13 anos, foi estudada por Vitória, Silva, DeVries (2011), na sequência da avaliação de um programa de prevenção do tabagismo incidido nestes adolescentes. Foi verificada a existência de crenças neutras em relação a fumar, muitas crenças contra fumar, fraca influência social a favor de fumar, elevada autoeficácia para recusar fumar e uma fraca intenção de fumar.

Foram estudadas amostras representativas dos adolescentes dos 16 municípios da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis sobre o consumo de tabaco. A investigação de Ferreira *et al.* (2013) incidiu em adolescentes do 9.º ano de escolaridade do ensino público e constatou que os rapazes consideram as raparigas fumadoras negativamente atrativas e, por sua vez, as raparigas consideram que não há diferença na atratividade do rapaz fumador ou não. As raparigas percecionam que as raparigas fumadoras são tão atrativas como as não fumadoras e os rapazes percecionam que os fumadores são tão atraentes como os não fumadores. Os fumadores tendem a considerar outros fumadores mais atraentes.

Ferreira *et al.* (2013) sugerem pelos dados da sua amostra que o consumo de tabaco pela mãe possui uma maior influência no comportamento tabágico dos filhos, comparado ao consumo pelo pai. No entanto, o consumo de tabaco pelos irmão(s) exerce maior influência no comportamento tabágico dos adolescentes do que o da mãe. Relativamente à opinião que os adolescentes possuem sobre deixar de fumar, cerca de metade dos adolescentes fumadores (57%) acreditam que é difícil parar de fumar mas julgam que conseguem fazê-lo quando quiserem.

Estes autores verificaram que quanto maior o conhecimento que os adolescentes possuem sobre as consequências do tabaco na saúde, menor é o seu consumo. Por outro lado, a satisfação e o bom aproveitamento escolar podem ser encaradas como um fator protetor em relação ao consumo de tabaco visto que, nesse estudo, encontraram-se negativamente associadas ao consumo. Relativamente à abordagem do tema do tabagismo nas aulas, a maior parte dos adolescentes fala nas aulas, contudo, 15 a 22% reportam que o tema nunca foi abordado ou não o foi há mais de um ano (Ferreira *et al.*, 2013).

Matos *et al.* (2003a) estudaram os adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos portugueses com dados recolhidos no âmbito do HBSC/OMS de 1998. A amostra foi representativa dos adolescentes destes anos de escolaridade, com idades compreendidas entre os 11 e 16 anos. Esta investigação caracterizou os adolescentes que tinham experimentado fumar ou fumadores regulares, com um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar e mais convivência com os amigos fora da escola; envolvem-se mais frequentemente no consumo de álcool e drogas ilícitas, assim como em situações de violência na escola. Os adolescentes que fumam regularmente praticam menos



atividade física, comparado aos não fumadores. E, de uma forma geral, os adolescentes que fumam referem sintomas de mal-estar físico e psicológico, referem ser menos felizes, ter uma alimentação pouco saudável, revelam descontentamento com a sua imagem corporal.

Na RAA, Peixoto (2010) no estudo que realizou sobre a população açoriana verificou que a iniciação do consumo de tabaco ocorre, maioritariamente, na companhia dos amigos/colegas, sozinho ou com os familiares. A iniciação do consumo de tabaco ocorre, predominantemente, na escola. Contudo, de 2004 para 2009 diminui a percentagem de adolescentes que referiram a escola, possivelmente, devido à aplicação da legislação que proíbe o consumo de tabaco no interior do recinto escolar.

Na ilha Terceira, os adolescentes escolarizados do 2.º ciclo foram estudados por Nunes (2009) e verificou-se que os motivos que originam a experimentação de tabaco são: a curiosidade (49,3%), por ver os amigos fumar (28,3%) e porque os amigos lhe ofereceram um cigarro (11,6%). A experimentação ocorreu, sobretudo, na rua (24,5%), em casa (18%) ou em casa de um amigo (17%). O primeiro cigarro foi obtido, na maioria dos casos, porque um amigo ofereceu (57,8%), ou porque tirou ao pai, à mãe ou a um irmão (15,1%). Os adolescentes fumadores, normalmente, adquirem o tabaco para fumar pedindo aos amigos (45,5%). Aqueles que compram o seu tabaco mencionam gastar menos de 3 euros por semana (68,3%). Os adolescentes fumadores referem como motivos para continuar a fumar: “ter vício de fumar” (27,5%), os amigos fumam (23,2%), porque é fixe (17,4%). Os rapazes expressam continuar a fumar porque os amigos fumam (27,9%) e as raparigas porque “tem vício” (30,8%).

### **1.2.3. PREVENÇÃO E CONTROLO DA EPIDEMIA PEDIÁTRICA DO TABAGISMO**

A prevenção da iniciação tabágica entre os adolescentes e jovens é fundamental para o controlo do consumo de tabaco nas gerações futuras (Portugal. MS. DGS, 2013).

“A prevenção é o caminho mais certo, mais fácil, mais económico e eficaz. A educação, a divulgação do conhecimento, a valorização dos elementos éticos e morais, o papel da família, das escolas e instituições são pilares fundamentais desta tarefa...” (Feijó e Oliveira, 2001, p.131).

Apesar dos esforços na prevenção e controlo do tabagismo pela OMS, aquando da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, aprovada em Maio de 2003, continua a existir consumidores de tabaco que não possuem conhecimento sobre os efeitos na saúde do consumo de tabaco e, portanto torna-se muito importante que sejam implementadas novas



medidas, mais consistentes e efetivas, que contrariem o consumo de tabaco e promovam a saúde pública (WHO, 2011; 2013).

A OMS realizou o pacote do MPOWER, em 2008, que pretende avaliar e controlar o consumo de tabaco em todo o Mundo, onde são fornecidas informações sobre as estratégias de controlo do tabagismo. O MPOWER assenta num conjunto de seis medidas que visam monitorizar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; proteger as pessoas do fumo do tabaco; oferecer ajuda para os fumadores deixarem de fumar; avisos sobre os perigos do tabaco; motivar a eliminação de publicidade, promoção e patrocínios do tabaco; aumentar os impostos do tabaco (WHO, 2013).

Investir na prevenção primária surge como uma das formas fundamentais para resolver o problema do consumo de tabaco durante a adolescência (Fraga *et al.*, 2006). Autores como Precioso (2008) recomendam que as primeiras intervenções sejam efetivadas antes dos 12 anos, ou seja, no 6.º e 7.º anos de escolaridade, dado que muitos adolescentes experimentam fumar e continuam durante a sua vida escolar. A implementação de programas de prevenção secundária em adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 15 anos é necessária visto que nesta faixa etária é considerável a prevalência de adolescentes que se tornam fumadores regulares (Precioso *et al.*, 2008). Devem ser alvo das ações preventivas todos os adolescentes, mesmo os que fumam, para que possam entender as vantagens da cessação tabágica (Portugal. MS. DGS, 2009).

A prevenção ou as intervenções nos estádios iniciais mostram-se as mais indicadas, tendo em conta o poder aditivo da nicotina, do que as iniciativas de cessação tabágica. Contudo, determinadas intervenções podem ter impactes diferentes devido à heterogeneidade das populações e dos fatores de risco e protetores. São diversas as intervenções que podem ser realizadas, podendo ser ao nível familiar, na escola, na família, na comunidade, nos *media* e através da implementação de legislação (AGDHA, 2005).

A diversidade de fatores subjacentes ao tabagismo implicam uma intervenção integrada de estratégias centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de ambientes sociais e culturais que facilitem a adoção de estilos de vida saudáveis (Portugal. MS. DGS, 2009)

As intervenções na comunidade podem incidir na família, nos amigos, nos *media*, na escola, no governo, entre tantos outros sistemas que influenciam o ambiente social em que o adolescente pertence e toma as suas decisões (AGDHA, 2005).

A prevenção do tabagismo deverá ter início no ambiente familiar. A família é uma referência para o adolescente daí a sua importância nas estratégias preventivas (Nunes, 2004). As intervenções ao nível familiar permitem um desencorajamento no uso de tabaco entre os jovens, potenciado pelo próprio ambiente livre de fumo em casa. As personagens envolvidas nesta intervenção podem ser os pais ou os irmãos, sobretudo os mais velhos,

promovendo uma interação entre os vários membros, promovendo competências e capacidades no adolescente para prevenir o uso de tabaco (AGDHA, 2005). Deste modo, é necessário sensibilizar os pais para evitarem fumar na presença dos adolescentes e decidem deixar de fumar e que seja restritamente proibido fumar em casa, dado que contribui para a redução do consumo de tabaco entre os adolescentes (USDHHS, 2012).

Nunes (2004) ao citar Becher *et al.* (2001) afirma que o contexto escolar é tido como o ideal para a comunicação de mensagens antitabágicas entre os jovens, em parte porque este meio é provido de educadores considerados credíveis para transmitir mensagens de educação para a saúde. Torna-se necessário que os professores, considerados modelos no processo de desenvolvimento para os adolescentes, percecionem a sua influência nos alunos e não fumem na presença deles. No entanto, a implementação de estratégias preventivas na escola podem ter aspetos negativos. A frequência de aulas sobre o tabagismo pode motivar a experimentação do consumo de tabaco, contrariamente ao pretendido. Por outro lado, segundo AGDHA (2005) os adolescentes com maior probabilidade de tornarem fumadores também apresentam um elevado risco de abandono escolar, podendo não ser alvo das estratégias preventivas. Ainda assim a existência de escolas com políticas livres de fumo contribuem para a consistência dos programas que são implementados.

O papel dos pares nos programas de prevenção pode ser fundamental na medida em que os pares são vistos como modelos sociais, exercendo influência no consumo de tabaco. Ainda, os pares face aos professores, por terem uma idade próxima e uma identidade próxima, são bem capazes de falarem com mais autoridade relacionados com a imagem social. Contudo, a efetividade dos programas tendo por base os pares depende da escolha dos pares que sejam responsáveis e bons líderes (AGDHA, 2005).

A publicidade, a promoção e os patrocínios contribuem para a divulgação dos produtos do tabaco e, conseqüentemente, para o aumento do seu consumo. Deste modo, a proibição destas formas de divulgação visam ser efetivas na redução do consumo de tabaco entre os adolescentes, aumentam as tentativas para deixar de fumar e diminui a visibilidade social do tabaco. A proibição destas formas de divulgação deve ser efetiva e adotada na sua íntegra para que não haja publicidade, promoção e patrocínios de forma direta e indireta (WHO, 2008b; 2011).

A eliminação da publicidade da indústria tabaqueira aos produtos do tabaco, assim como a promoções e patrocínios, por si só, provocará uma diminuição no consumo de tabaco de 7% (WHO, 2008b; 2011). Na Austrália, país onde são aplicadas leis muito restritivas sobre o tabagismo, a publicidade foi eliminada, contudo, existem autores que defendem que a indústria tabaqueira continua a encontrar novas formas para promover, de forma criativa, as suas marcas, especialmente entre os mais jovens (AGDHA, 2005).

Em Portugal, a publicidade aos produtos do tabaco através dos meios de comunicação social como a televisão, rádio e imprensa, restringindo ainda outros canais publicitários, foi totalmente proibida em 1982. Contudo, surgem estudos em que revelam que os adolescentes continuam a ser alvo de publicidade, mesmo depois de estar ser proibida. O Relatório do Infotabac 2011 sobre a avaliação da aplicação da Lei sobre 37/2007 de 14 de agosto concluiu que ainda existe publicidade ao tabaco em Portugal (Nogueira *et al.*, 2011).

Um estudo da DECO (Associação de Defesa do Consumidor), que decorreu em março e abril de 2012, em Portugal Continental, concluiu que nem sempre se cumpre a proibição de venda de tabaco a menores de 18 anos. Este estudo consistiu em que jovens entre os 13 e os 16 anos tentassem comprar tabaco em diversas lojas com o propósito de verificar se a lei que proíbe a venda de tabaco a menores de 18 anos era cumprida. Do total de 105 estabelecimentos visitados, 72 deles não cumpriam a proibição de venda de tabaco a menores (Associação Portuguesa Para a Defesa do Consumidor, 2012).

Os avisos de saúde nos maços de tabaco, especialmente os pictogramas, reduzem o número de crianças que começa a fumar e contribuem para os fumadores deixarem de fumar (WHO, 2013). As embalagens de tabaco são uma ferramenta importante para atrair jovens e mulheres para o consumo de tabaco. Esta é considerada a forma de marketing mais ativa, em países como o Reino Unido, segundo estudaram Hammond, Daniel, White (2013) em adolescentes dos 16 aos 19 anos.

A estratégia mais eficaz na redução do consumo de tabaco é o aumento dos preços dos produtos do tabaco. Esta medida torna-se, sobretudo, mais eficaz entre os jovens e as pessoas de estratos socioeconómicos mais desfavorecidos. O aumento das taxas dos produtos de tabaco em 10% permite uma redução no consumo de tabaco em 4%, sobretudo em países de alto rendimento e de 8% em países de médio e baixo rendimento (WHO, 2013). Esta medida torna-se especialmente importante para deter a iniciação tabágica entre os jovens e diminuir o consumo entre os adultos, dado que esta medida pode ser mais efetiva no uso do tabaco entre os jovens do que nos adultos (Chaloupka e Grossman, 1996; O'Donohue *et al.*, 2013).

Contudo, estas estratégias ao nível da implementação legislativa, apesar de serem consideradas efetivas, num longo período de tempo, se apenas se implementar só este tipo de estratégias, não se tornam das mais efetivas quando atuam isoladamente (O'Donohue *et al.*, 2013).

As estratégias de prevenção e controlo do consumo de tabaco entre os adolescentes podem ser implementadas através de uma abordagem compreensiva incidindo em diferentes tipos de influência, como a influência social, fatores individuais, sobretudo para melhorar as estratégias individuais de *coping*, as competências sociais, a autoeficácia na capacidade para recusar experimentar tabaco tendem a ser promissoras. A envolvimento dos jovens em

atividades alternativas, mudanças efetivas na organização da escola e formas pessoas competentes para liderar ações de prevenção do uso de tabaco são apontadas como estratégias efetivas (O'Donohue *et al.*, 2013).

As campanhas antitabágicas visam a redução do consumo de tabaco pela influência dos fumadores para protegerem a sua saúde e a dos que o rodeiam, e a convencer os jovens a parar de usar tabaco. Uma campanha antitabágica eficaz poderia reduzir o consumo de tabaco, em média, 7% (WHO, 2013).

#### **1.2.4. OBJETIVOS E HIPÓTESES**

##### **1.2.4.1. OBJETIVOS DO ESTUDO**

- **Objetivo Geral:** Conhecer o comportamento face ao consumo de tabaco reportado pelos adolescentes da ilha Terceira e caracterizar alguns fatores associados.
  
- **Objetivos Específicos:**
  - i. Determinar o padrão de consumo de tabaco reportado pelos adolescentes escolarizados que frequentam o 9.º ano de escolaridade nas escolas do ensino público da ilha Terceira;
  - ii. Conhecer a idade de início de consumo de tabaco reportada pelos adolescentes;
  - iii. Identificar as motivações reportadas pelos adolescentes para decidir experimentar fumar;
  - iv. Conhecer o contexto social em que a experimentação do consumo de tabaco teve lugar;
  - v. Determinar a perceção da acessibilidade aos produtos do tabaco;
  - vi. Conhecer a perceção quanto à permissividade dos pais sobre fumar em casa;
  - vii. Avaliar o grau de exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e na escola;
  - viii. Determinar se os adolescentes observaram publicidade relativa ao tabaco;
  - ix. Identificar os conhecimentos dos adolescentes no que se refere às doenças relativas ao tabagismo, ao tabagismo passivo e ao tabaco como dependência;
  - x. Identificar as crenças dos adolescentes sobre o consumo de tabaco;
  - xi. Identificar o grau de participação dos adolescentes em programas de prevenção e controlo do tabagismo a nível regional.

- **Hipóteses de Investigação:**

- i. Existe associação entre o sexo dos adolescentes e o seu comportamento tabágico;
- ii. Existe associação entre o desempenho escolar e o comportamento tabágico dos adolescentes;
- iii. Existe associação entre os níveis socioeconómicos parentais e o comportamento tabágico dos adolescentes;
- iv. Existe associação entre os níveis de escolaridade parental e o comportamento tabágico dos adolescentes;
- v. Existe associação entre os hábitos tabágicos dos pais e o comportamento tabágico dos adolescentes;
- vi. Existe associação entre os hábitos tabágicos dos irmãos/familiares que vivam com o adolescente e o seu comportamento tabágico;
- vii. Existe associação entre os hábitos tabágicos dos amigos e o comportamento tabágico dos adolescentes;
- viii. Existe associação entre a permissividade dos pais relativamente ao fumar em casa e o comportamento tabágico dos filhos;
- ix. Existe associação entre a exposição do adolescente ao fumo do tabaco em casa e o seu comportamento tabágico;
- x. Existe associação entre a exposição à publicidade ao tabaco e o comportamento tabágico dos adolescentes;
- xi. Existe associação entre o conhecimento sobre as consequências do consumo de tabaco na saúde e o comportamento tabágico dos adolescentes;
- xii. Existe associação entre as crenças do adolescente em relação ao consumo de tabaco e o próprio comportamento tabágico;
- xiii. Existe associação entre o contacto com o tema do tabagismo no âmbito da educação para a saúde ou de programas de prevenção e o comportamento tabágico dos adolescentes.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

### **2.1. TIPO E DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O presente estudo assumiu uma metodologia de investigação observacional, descritiva, quantitativa, com uma componente analítica, de carácter transversal e com uma vertente retrospectiva de recolha de dados.

O estudo de investigação tem natureza exploratória focando-se na descrição do problema do consumo de tabaco entre os adolescentes em meio escolar, contemplando a estimativa da prevalência, os padrões de consumo, assim como os fatores associados à experimentação.

#### **2.1.1. POPULAÇÃO EM ESTUDO**

A população de estudo foi constituída pelos adolescentes matriculados no 9.º ano, no ano letivo 2012/2013, das escolas do ensino público da ilha Terceira, na RAA.

A ilha Terceira é a segunda ilha mais populosa da RAA, com cerca de 56.062 habitantes. É constituída por dois concelhos, Angra do Heroísmo e Praia da Vitória, sendo estes o segundo e o quarto concelhos mais populosos da RAA (Serviço Regional de Estatística dos Açores, 2011).

Na ilha Terceira existem sete escolas do ensino público a lecionar o 9.º ano de escolaridade. No ano letivo de 2012/2013 estavam matriculados 593 alunos no 9.º ano.

#### **2.1.2. SELEÇÃO E CÁLCULO DA AMOSTRA**

Para o cálculo da amostra considerou-se uma prevalência de consumo de tabaco entre os jovens do 3.º ciclo de 25,0% (Feijão, 2011). Considerando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 3%, permitiu obter o valor de 341, como número mínimo de adolescentes a inquirir (OPENEPI, 2013).

Para garantir a representatividade em função da variável sexo, foi calculada uma amostra proporcional tendo em consideração a distribuição da população escolar. Assumiu-se, assim, 46% de rapazes e 54% de raparigas, fazendo corresponder aos 341 adolescentes, 157 rapazes e 184 raparigas.

Todas as escolas que lecionam o 9.º ano de escolaridade do ensino público na ilha Terceira foram selecionadas para o estudo, sendo feito um contato telefónico para se explicar o objetivo e o âmbito do estudo. Três escolas aceitaram participar no estudo, designadamente a Escola Básica Integrada da Praia da Vitória, a Escola Básica e Secundária Tomás de Borba e a Escola Secundária Vitorino Nemésio.

Por questões logísticas, relacionadas com a organização das escolas e a composição das turmas, foram enviados 391 questionários.

#### **2.1.2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Critérios de inclusão dos adolescentes: estarem matriculados no 9.º ano de escolaridade no período em que decorre o estudo; serem alunos das escolas da ilha Terceira no período em que decorre o estudo.

#### **2.1.2.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos da análise todos os alunos que não cumpriram os critérios de inclusão ou cujos questionários apresentavam-se, maioritariamente, não preenchidos.

#### **2.1.3. UNIDADES DE OBSERVAÇÃO**

São consideradas unidades de observação a totalidade dos adolescentes matriculados no 9.º ano do ensino básico do ensino público, no ano letivo 2012/2013, na Ilha Terceira, na RAA.

#### **2.1.4. PROCEDIMENTO, MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

O processo de recolha de dados iniciou-se com o contacto telefónico a todos os presidentes dos conselhos executivos das 7 escolas públicas que lecionavam o 9.º ano de escolaridade na ilha Terceira. Nesta abordagem explicou-se o objetivo e âmbito do estudo para que se obtivesse um parecer favorável à realização do estudo.

A segunda abordagem consistiu no pedido formal, por correio eletrónico, às escolas que se disponibilizaram a participar no estudo, onde se explicava o âmbito e o objetivo geral da investigação, assim como a solicitação de autorização para realizar o estudo (Anexo I).

Foi realizada uma reunião com o conselho executivo de cada escola para explicar as condições em que o estudo teria de ser realizado, assim como a divulgação e aprovação entre os diretores de turma do 9.º ano para colaborarem no estudo e o levantamento do número de alunos que frequentam o 9.º ano de cada escola. Por dificuldades inerentes à orgânica escolar, o conselho executivo de cada escola responsabilizou-se por informar os diretores de turma sobre o estudo em questão, os seus objetivos, as condições em que teria de ser aplicado e assim receber ou não a aprovação destes para colaborarem. Explicou-se que todos os diretores de turma iriam ser os responsáveis pela aplicação do questionário no âmbito da aula de Cidadania, por esta disciplina incorporar no seu plano curricular temas de promoção e prevenção da saúde.



Apesar de o questionário ser anónimo, foi consensual entre os conselhos executivos a necessidade de os encarregados de educação terem conhecimento e autorizarem o preenchimento do questionário pelos seus educandos (Anexo II). Neste pedido de autorização foi explícito o âmbito do estudo e o seu objetivo, assim como a identificação de quem estava a realizar o estudo e a instituição a que estava vinculada.

Na reunião seguinte com o conselho executivo entregou-se os pedidos de autorização para os encarregados de educação e os questionários, para que os diretores de turma os pudessem distribuir pelos seus alunos. O conselho executivo responsabilizou-se por entregar os questionários a todos os diretores de turma com a indicação, obrigatória, de que fosse lida a nota introdutória do questionário antes da realização do questionário. Com a leitura da nota introdutória aos alunos, tinha-se a certeza de que estavam conscientes dos objetivos do estudo e que a sua participação era muito importante, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a ausência de tempo limite de preenchimento do questionário, sendo suficientes 20 minutos.

Após a receção e confirmação dos pedidos de autorização pelos diretores de turma, procedeu-se à aplicação do questionário. É de referir que apenas os alunos que obtiveram autorização do encarregado de educação puderam preencher o questionário.

Os questionários foram aplicados em todas as escolas com características iguais, tendo seguido a metodologia normalizada e o mesmo questionário para todos os alunos das três escolas. O preenchimento do questionário decorreu sem dificuldades pelos alunos em todas as escolas.

A aplicação dos questionários decorreu no final do mês de Fevereiro e início de Março de 2013.

A escolha do questionário como método de recolha de dados permite a recolha de informação verdadeira sobre os indivíduos, acontecimentos ou situações do conhecimento dos indivíduos, assim como as crenças e intenções dos participantes, de forma anónima, limitando o sujeito às respostas formuladas (Fortin, 2009).

Assim sendo, a construção do questionário de auto preenchimento, confidencial e anónimo, baseou-se na revisão da literatura, bem como em instrumentos do mesmo tipo, anteriormente aplicados, como o questionário do *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS), *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), ESPAD, HBSC e Eurobarómetro.

A primeira parte do questionário consiste numa pequena introdução em que é feito o pedido de cooperação no preenchimento do questionário, a razão da aplicação e uma breve apresentação da natureza geral do questionário, assim como a apresentação do autor e o nome da instituição a que este está vinculado. Também é explicada a confidencialidade e o anonimato total das respostas (Hill e Hill, 2012). Esta explicação é fundamental para que haja



cooperação por parte dos alunos e não suscitem dúvidas de que as respostas fornecidas por eles possam vir a ser conhecidas por elementos externos à investigação.

O questionário é constituído por 59 perguntas, fechadas e semifechadas (Anexo III). Foi estruturado para que os adolescentes que nunca tinham experimentado fumar não respondessem a questões direccionadas para aqueles que já tinham experimentado fumar.

O questionário foi organizado nas seguintes dimensões:

- Enquadramento demográfico e social do adolescente;
- Comportamento auto reportado do consumo de tabaco;
- Contextualização da experimentação do tabaco;
- Hábitos tabágicos dos pais/irmãos e amigos;
- Acessibilidade ao tabaco;
- Motivação para fumar;
- Tentativas, intenção e percepção da facilidade para deixar de fumar;
- Exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- Exposição à publicidade;
- Conhecimentos e crenças sobre o consumo de tabaco;
- Atitudes sobre o tema do tabagismo na escola/comunidade/casa.

#### **2.1.5. DEFINIÇÃO, DESCRIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS**

Para corresponder aos objetivos estabelecidos foram estudadas variáveis caracterizadoras das seguintes dimensões, apresentadas com uma breve definição, contudo a definição operacional encontra-se no Anexo V:

- **Enquadramento demográfico e social do adolescente**

Conceptualmente, as variáveis escolhidas para o enquadramento demográfico e social visavam conhecer as principais características da população de adolescentes do 9.º ano de escolaridade da ilha Terceira, sobre as quais se distribuíam os determinantes da experimentação do consumo de tabaco. As variáveis demográficas e sociais utilizadas foram as seguintes: “**sexo**”, “**idade**”, “**desempenho escolar**” (subjetivo) do adolescente nos últimos três anos de escolaridade, “**nível socioeconómico**” e “**nível de escolaridade**” do pai e da mãe. A variável “**idade**” foi organizada, posteriormente, apresentando as idades por grupo etário, estando a definição apresentada no Anexo V.

- **Comportamento auto reportado face ao consumo de tabaco**

Foram utilizadas diversas variáveis que permitiram caracterizar o comportamento auto reportado do consumo de tabaco no adolescente.

A variável **“experimental fumar tabaco”** corresponde à experimentação de tabaco ao longo da vida do adolescente e encontra-se categorizada em duas opções de resposta, “Sim”, no caso de adolescentes que já tenham fumado uma ou duas “passas” e “Não” no caso de adolescentes que responderam nunca ter fumado. A **“idade da experimentação de fumar”** corresponde ao momento, em anos, em que o adolescente foi exposto experimentação do tabaco e foi reorganizada nos seguintes grupos etários: “Entre 7 e 10 anos”, “Entre 11 e 12 anos”, “Entre 13 e 14 anos”, “Entre 15 e 16 anos”;


A variável **“consumo recente de tabaco”** corresponde ao consumo de tabaco reportado pelos alunos nos últimos 30 dias. Esta variável indica quantos fumaram e a frequência do consumo reportado pelos adolescentes neste período de tempo. A variável encontra-se categorizada conforme se descreve no quadro 2.

A variável **“consumo de cigarros por dia”** corresponde à exposição média diária do consumo de tabaco, nos últimos 30 dias. Esta variável foi reorganizada nos seguintes grupos: “menos de 5 cigarros”, “Entre 5 e 10 cigarros” e “11 e mais cigarros”.

A variável **“comportamento tabágico”** corresponde ao padrão de consumo de tabaco reportado pelo adolescente, incluindo os adolescentes que nunca experimentaram fumar e os que fumam diariamente. Esta variável foi construída a partir das variáveis **“experimental fumar tabaco”** e **“consumo recente de tabaco”**, das perguntas n.º3 e 12 do questionário, respetivamente. A categorização desta variável composta está descrita conforme o quadro 2.

As categorias do perfil tabágico foram elaboradas tendo por base a definição apresentada no trabalho de Precioso *et al.* (2012), sendo esta baseada nas diretivas da OMS e do estudo do HBSC e correspondem à classificação da última coluna do quadro 2. Esta definição considera as seguintes categorias: fumador diário (inclui todos aqueles que fumam “diariamente”); fumador semanal (inclui todos aqueles que fumam “pelo menos um cigarro por semana, mas não todos os dias”); fumador ocasional (inclui todos aqueles que fumam “menos de um cigarro por semana”); não fumador (inclui todos aqueles que não fumam, embora possam ter experimentado). De acordo com esta categorização, os fumadores diários e semanais podem ser agrupados em fumadores regulares (incluem todos aqueles que fumam “pelo menos um cigarro por semana”). Será com base nesta aglomeração de classes que o perfil tabágico do adolescente será definido, conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Definição da variável "comportamento tabágico" do adolescente

		Variável do Comportamento Tabágico		
P. n.º 3 - Experimentação	P. n.º 12 – Consumo Recente (30 Dias)			Definição do comportamento tabágico
Experimental fumar tabaco	NÃO		NÃO	Não fumador
	SIM	"Não fumei, porque deixei totalmente de fumar"	NÃO	Não fumador
		"Não fumei, porque apenas experimentei fumar uma ou duas vezes há mais de 30 dias"	NÃO	Não fumador
		"Ainda fumo, mas não fumei nos últimos 30 dias"	NÃO	Fumador ocasional
		"Fumei pelo menos um dia por semana, mas não todos os 30 dias"	SIM	Fumador regular
		"Fumei menos de uma vez por semana"	SIM	Fumador ocasional
		"Fumei diariamente nos últimos 30 dias"	SIM	Fumador regular

- **Contextualização da experimentação do consumo de tabaco**

Foram utilizadas diversas variáveis que permitiram determinar os fatores associados à experimentação do consumo de tabaco.

As variáveis relativas aos **"motivos da experimentação do consumo de tabaco"** nos adolescentes correspondem aos momentos documentados na revisão bibliográfica que preveem uma maior probabilidade de experimentação; a variável do **"contexto social presente na experimentação de tabaco"** corresponde às pessoas que estavam presentes no momento em que o adolescente fumou pela primeira vez.

- **Hábitos tabágicos dos pais, irmãos e amigos**

Nesta categoria foram utilizadas variáveis como os **"hábitos tabágicos dos pais"** que corresponde ao consumo de tabaco pelos pais; a variável dos **"hábitos tabágicos dos irmãos e/ou outros familiares"** corresponde à exposição de irmãos e/ou outros familiares que vivam com o adolescente; a variável dos **"hábitos tabágicos do grupo de pares"** corresponde à exposição do grupo de pares do adolescente ao fumo do tabaco.

- **Acessibilidade ao tabaco**

Foram utilizadas diversas variáveis que permitiram determinar a perceção da acessibilidade ao tabaco pelos adolescentes.

Definiu-se a variável das **"formas de acesso ao tabaco"** que significa o modo de como os adolescentes obtêm tabaco para fumar; **"recusa de venda de tabaco"** corresponde

ao facto de ter havido restrições de venda de tabaco a menores de idade, o caso dos adolescentes, nos últimos 30 dias; **“local de compra de tabaco”** corresponde aos locais onde o adolescente normalmente compra o tabaco; **“formas de conseguir dinheiro para comprar tabaco”** consiste na forma como o adolescente consegue o dinheiro para comprar tabaco; **“valor monetário”** gasto em tabaco corresponde ao montante gasto pelo adolescente na compra de tabaco; **“percepção de acesso ao tabaco perto da escola”**, apesar de subjetiva, corresponde à facilidade de acesso pelos adolescentes na compra de tabaco perto da escola.

- **Motivação para fumar**

Para a análise desta variável foi definida a variável da **“razão de continuar a fumar”** corresponde ao objetivo do adolescente em continuar a fumar e **“autoeficácia na recusa de tabaco”**.

- **Tentativas, intenção e percepção da facilidade para deixar de fumar**

Foram utilizadas diversas variáveis que permitiram determinar as tentativas de cessação tabágica e a intenção e percepção da facilidade para deixar de fumar. Assim, foram definidas as variáveis **“percepção da facilidade em deixar de fumar”**, apesar de subjetiva, corresponde à opinião que o adolescente tem sobre se conseguiria deixar de fumar se quisesse; **“intenção de deixar de fumar”** refere se o adolescente pretende deixar de fumar; **“tentativa de cessação tabágica”** corresponde ao facto de o adolescente ter tentado ou não deixar de fumar, alguma vez.

- **Exposição ao fumo ambiental do tabaco**

Foram utilizadas variáveis que permitiram determinar se o adolescente esteve exposto de alguma forma ao fumo do tabaco.

Definiu-se a variável **“permissão de fumar em casa”** que corresponde ao facto de ser permitido ou não fumar em casa; **“exposição ao fumo do tabaco em casa”** que corresponde à frequência da exposição do adolescente ao fumo do tabaco em casa; **“exposição ao fumo do tabaco na escola”** que corresponde ao facto de o adolescente ter observado pessoas a fumar dentro do recinto escolar.

- **Exposição à publicidade**

Foram utilizadas variáveis que permitiram determinar se o adolescente esteve exposto de alguma forma à publicidade.

Definiu-se uma nova variável dicotómica **“observar publicidade”** que corresponde ao facto de o adolescente ter observado, ou não, publicidade a produtos tabágicos no último

ano; **“locais com publicidade”** corresponde aos locais que o adolescente possa ter observado publicidade no último ano.

- **Conhecimentos e crenças sobre o consumo de tabaco**

Foram utilizadas variáveis que permitiram perceber os conhecimentos, atitudes e as crenças dos adolescentes em relação ao consumo de tabaco.

Definiu-se a variável **“conhecimentos sobre o tabagismo”** que corresponde ao conjunto de variáveis de conhecimentos do adolescente sobre se este reconhece o **“tabaco como dependência”**; **“problemas de saúde causados pelo consumo de tabaco”** significa que o adolescente reconhece os problemas de saúde causados pelo consumo de tabaco; **“frequentar ambientes com fumo”** corresponde ao facto de o adolescentes entender que frequentar ambientes com fumo é ou não prejudicial à sua saúde.

Definiu-se a variável **“crenças do consumo de tabaco”** como o conjunto de variáveis que correspondem às crenças que os adolescentes têm em relação ao consumo de tabaco. Neste sentido, foram elaboradas variáveis tais como os adolescentes acharem que os **“jovens fumadores são mais atraentes”**; **“jovens fumadores têm mais amigos”**; acreditarem que **“fumar ajuda a sentir-se confortável socialmente”**.

- **Atitudes sobre o tema do tabagismo na escola/comunidade/casa**

Foram utilizadas variáveis que permitiram determinar as atitudes do adolescente para com estratégias preventivas, assim como a sua participação em atividades preventivas.

Definiu-se a variável **“atitudes em relação ao tabagismo”**, que corresponde à atitude do adolescente perante uma situação definida. Neste sentido foram elaboradas variáveis tais como se os **“avisos de saúde nas embalagens de tabaco”** influenciam a sua atitude em relação ao consumo de tabaco, se concorda ou não com a **“colocação de pictogramas nos maços de tabaco”**, e se acha que deve ser **“proibido fumar nos locais de diversão noturna”** que os jovens frequentam.

Definiu-se variáveis como o **“tabagismo nas aulas”** e **“participar em atividades sobre o tabagismo”**.

## **2.1.6. PRÉ-TESTE E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA**

O pré-teste tem como finalidade selecionar e validar as perguntas a serem incluídas na versão final do questionário (Hill e Hill, 2012). Este processo consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que demonstre a diversidade da população-alvo (entre 10 a 30 pessoas), e que não integre a população alvo do estudo nas fases posteriores. Nesta etapa, tem-se como objetivo verificar se as respostas são bem compreendidas e

adequadas à população alvo. Caso sejam efetuadas mudanças significativas, impõe-se um segundo pré-teste (Fortin, 2009).

O primeiro teste consistiu em solicitar a cinco profissionais da área da saúde com conhecimento profundo na área do tabaco, epidemiologia e ciências sociais e humanas, para que lessem o questionário e contribuíssem com a sua opinião acerca do questionário.

Após uma versão inicial, deu-se o segundo teste que incidiu na solicitação de cinco estudantes, com características semelhantes à população alvo, para que preenchessem o questionário. A realização deste teste tinha por objetivo adequar as perguntas ao vocabulário dos adolescentes e perceber se os alunos compreendiam o que era pedido em cada pergunta facilmente. Nesta fase os adolescentes foram convidados a partilhar as suas opiniões e sugestões acerca do questionário e do tema, sobretudo acerca da facilidade de interpretação das questões. Depois de analisadas as respostas, foram realizadas algumas reformulações de redação e o instrumento foi, novamente, submetido a um pré-teste.

O terceiro teste consistiu em testar o instrumento num grupo de 10 alunos, em ambiente escolar, com características semelhantes aos alunos da população alvo, mas que não estarão incluídos na amostra que fará parte do estudo. Este teste pretendia analisar a adequabilidade das perguntas, a escala de resposta das perguntas e o tempo médio de preenchimento do questionário pelos alunos.

A fase final incidiu sobre uma simples análise dos dados do questionário com o intuito de se verificar as perguntas com fraca taxa de resposta e a distribuição das respostas para cada pergunta.

É de salientar que o investigador esteve presente na aplicação do questionário nas fases de teste 2 e 3 aos adolescentes.

Por último, foi enviado a última versão do questionário ao conjunto de peritos, para que o pudessem observar e assim proceder à aplicação do questionário.

A etapa final do processo de validação do processo consistiu na submissão do questionário à Direção Regional da Educação (ANEXO IV), órgão responsável pela autorização da realização de questionários nas escolas do ensino público da ilha Terceira e na RAA.

A fase do pré-teste decorreu no mês de Dezembro, Janeiro e início de Fevereiro.

### **2.1.7. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA**

O tratamento de dados iniciou-se com a introdução dos dados no *software* da empresa *International Business Machines* (IBM) denominado por *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Cada questionário foi numerado, manualmente, correspondendo assim a um caso de estudo, que aquando da sua introdução na base de dados, teria o mesmo número de caso. O processo da introdução dos dados no SPSS inclui várias etapas como a codificação das diversas variáveis no *software* até à própria introdução dos dados.

O tratamento de dados inicialmente incidiu na estatística descritiva, contemplando as medidas de tendência central (média, máximo e mínimo), as medidas de dispersão (desvio padrão), a distribuição de frequências (frequência acumulada, percentagem e percentagem acumulada) e os quadros de contingência.

A segunda fase do tratamento estatístico consistiu na aplicação do teste não paramétrico de independência do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) que tinha por objetivo testar a relação entre duas variáveis de natureza qualitativa, tendo sempre em consideração o nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ). No caso em que ambas as variáveis apenas apresentam duas categorias, foi aplicado o teste do qui-quadrado com correção de Yates ou com o teste exato de Fisher.

Quando as condições de aplicabilidade não estão satisfeitas e não faz sentido em termos práticos o agrupamento de classes, o valor de  $p$  é apresentado mas apenas poderá ser considerado como indicativo, a ser validado em estudos futuros de maior dimensão. Estes casos são identificados como  $p^*$ .

Sempre que necessário será mencionada a quantidade de valores *missing* (Não sabe/Não responde) presentes em cada análise.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. RESULTADOS GERAIS

##### TAXA DE RESPOSTA E DIMENSÃO DA AMOSTRA

Foram entregues 391 questionários nas três escolas integrantes do estudo, que depois das autorizações pelos encarregados de educação, resultaram no preenchimento de 335 questionários, obtendo-se uma taxa de resposta de 85,68%. Do total de 335 questionários, foram excluídos 12 por apresentarem rasuras que impediam a leitura das respostas.

Assim sendo, depois do apuramento final, pôde-se determinar a dimensão da amostra num total de 323 questionários.

##### ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO E SOCIAL DA AMOSTRA

- **Sexo**

A amostra em estudo foi composta por um total de 323 adolescentes, dos quais 142 do sexo masculino (44,0%) e 181 do sexo feminino (56,0%). Estes valores encontram-se próximos dos observados na população (46% e 54%, respetivamente).

- **Idade**

Os adolescentes inquiridos possuem idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, sendo a idade média dos alunos 14,71 anos (Desvio Padrão [DP] = 1,005 anos). O gráfico 3 apresenta a distribuição dos adolescentes por idade e sexo no momento do inquérito.

Do total de 323 inquiridos, 4 adolescentes não responderam a esta questão.

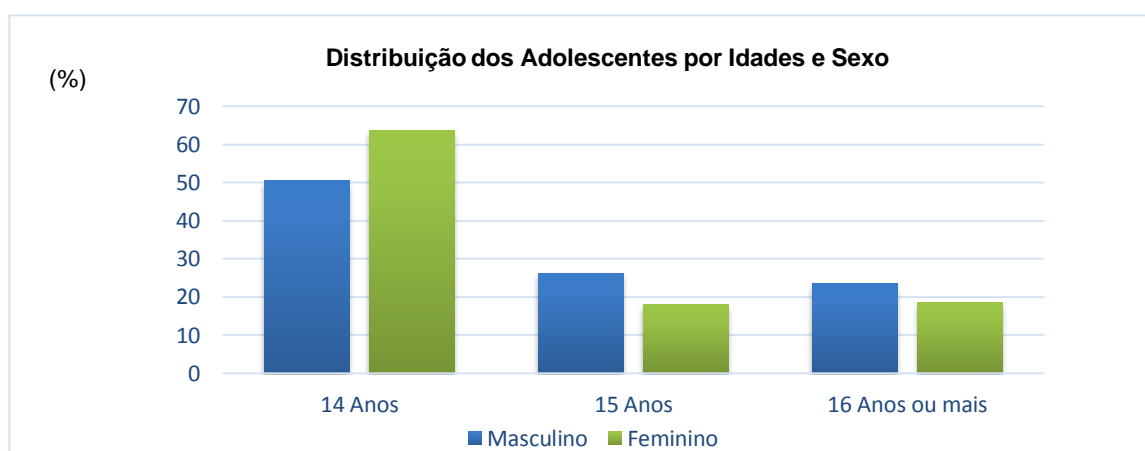


Gráfico 3 - Distribuição dos adolescentes por idades e sexo



### • Desempenho escolar

Considerando o quadro 3 pode-se analisar que 52,5% dos adolescentes considera ter um desempenho escolar “Bom”, 40,8% um desempenho “Médio” e 6,6% considera ter um desempenho “Mau”. Relativamente ao sexo masculino, mais de metade dos adolescentes (51,4%) reporta ter um desempenho “Bom”, face aos 53,4% do sexo feminino. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o desempenho escolar ( $p=0,012$ ).

Quadro 3 - Distribuição dos adolescentes por sexo e desempenho escolar

Desempenho escolar	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Bom	72	51,4	94	53,4	166	52,5
Médio	59	42.1	70	39,8	129	40,8
Mau	9	6,4	12	6,8	21	6,6
<b>Total</b>	140	100,0	176	100,0	316	100,0

$n=316$ ;  $missing=7$ ;  $\chi^2=0,183$ ; g.l.=2;  $p=0,912$

### • Nível socioeconómico parental (pai e mãe)

Pela análise dos dados relativamente à situação profissional parental, constata-se que a maioria dos pais encontra-se a trabalhar por conta própria ou por conta de outrem. Relativamente à figura paterna, 82,7% encontra-se a trabalhar, sendo que 9,6% encontra-se desempregado e 4,0% está reformado. Quanto à figura materna, 76,4% trabalha, 21,2% encontra-se desempregada e 1,6% está reformada, conforme apresenta o quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição do nível socioeconómico parental dos adolescentes

Situação Profissional	Pai		Mãe	
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Trabalha por conta própria	88	29,1	61	19,9
Trabalha por conta de outrem	162	53,6	173	56,5
Reformado/a	12	4,0	5	1,6
Desempregado/a	29	9,6	65	21,2
Não tem pai/padrasto/companheiro da mãe/mãe/madrasta/companheiro do pai	11	3,6	2	0,7
<b>Total</b>	302	100,0	306	100,0

$missing=21$

$missing=17$

### • Nível de escolaridade parental (pai e mãe)

De uma forma geral, pela análise do quadro 5 constata-se que no nível do ensino básico existe uma semelhança entre a escolaridade da mãe e do pai. Contudo, à medida que aumenta o nível de escolaridade, a mãe assume valores mais expressivos.

Para ambas as questões foram inquiridos 323 adolescentes, dos quais 40 deles não sabem ou não respondem sobre a escolaridade do pai e 27 não sabem ou não respondem sobre a escolaridade materna.

Quadro 5 - Distribuição do nível de escolaridade parental

Nível de escolaridade	Pai		Mãe	
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
1.º C. Ensino Básico	91	32,2	71	24,0
2.º C. Ensino Básico	56	19,8	58	19,6
3.º C. Ensino Básico	60	21,2	66	22,3
Ensino Secundário	45	15,9	65	22,0
Ensino Superior	31	11,0	36	12,2
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>

*missing=40*                      *missing=27*

## COMPORTAMENTO AUTO REPORTADO DO CONSUMO DE TABACO

- Experimental fumar tabaco**

Da amostra em estudo, pode-se analisar pelo quadro 6 que 56,0% dos adolescentes (n = 181) já experimentaram fumar tabaco, mesmo que uma ou duas vezes, face aos 44,0% (n = 142) que nunca experimentaram fumar.

A experimentação de tabaco é mais elevada entre o sexo feminino (59,1%) do que no sexo masculino (52,1%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,252$ ).

Quadro 6 - Distribuição dos adolescentes por sexo e experimentação de tabaco

Experimental tabaco	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	74	52,1	107	59,1	181	56,0
Não	68	47,9	74	40,9	142	44,0
Total	142	100,0	181	100,0	323	100,0

$n= 320$ ; *missing*=3;  $\chi^2=1,313$ ; g.l.=1;  $p=0,252$

- Idade da experimentação**

A idade média da experimentação de tabaco foi de 12,49 anos (DP= 1,813 anos), com o mínimo de 7 anos e máximo de 16 anos.

A análise do quadro 7 permite verificar que as primeiras experiências com o tabaco surgem, maioritariamente, no grupo etário dos 13 e 14 anos. Cerca de 47,9% dos adolescentes reportaram ter experimentado fumar neste grupo etário.

No sexo masculino a idade média de experimentação foi 11,95 anos (DP= 2,034 anos), sendo os 8 anos a idade mínima referida e os 15 anos a idade máxima. No sexo

feminino a idade média de experimentação foi de 12,85 anos (DP=1,561 anos), sendo a idade mínima referida de 7 e a idade máxima de 16 anos.

Cerca de 33,3% dos rapazes referiu ter experimentado fumar entre os 13 e 14 anos. A maioria das raparigas (57,6%) reportaram ter experimentado fumar entre os 13 e 14 anos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo dos adolescentes e a idade da experimentação ( $p < 0,001$ ).

Quadro 7 - Distribuição dos adolescentes por sexo e idade da experimentação de tabaco (grupo etário)

Idade da experimentação	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Entre 7 e 10 anos	19	28,8	6	6,1	25	15,2
Entre 11 e 12 anos	19	28,8	26	26,3	45	27,3
Entre 13 e 14 anos	22	33,3	57	57,6	79	47,9
Entre 15 e 16 anos	6	9,1	10	10,1	16	9,7
Total	66	100,0	99	100	165	100,0

$n=165$ ;  $missing=16$ ;  $\chi^2=18,495$ ; g.l.=3;  $p<0,001$

- **Comportamento auto reportado do consumo de tabaco (total dos adolescentes)**

Tendo por base a definição de comportamento tabágico usada nesta investigação, observa-se no quadro 8 que 76,6% dos adolescentes reportaram não fumar, enquanto 6,6% reportaram fumar ocasionalmente e 16,9% fumar regularmente.

A análise detalhada por sexo permite observar que 19,7% dos rapazes reportaram fumar regularmente face aos 14,6% do sexo feminino. O consumo ocasional foi reportado por 4,9% dos rapazes e 7,9% das raparigas. Por outro lado, não consumir tabaco foi referido por 75,4% dos rapazes e 77,5% das raparigas. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o comportamento tabágico ( $p=0,315$ ).

Quadro 8 - Distribuição dos adolescentes da amostra segundo o sexo e o comportamento tabágico

Comportamento tabágico	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Não Fumador	107	75,4	138	77,5	245	76,6
Fumador Ocasional	7	4,9	14	7,9	21	6,6
Fumador Regular	28	19,7	26	14,6	54	16,9
Total	142	100,0	178	100,0	320	100,0

$n= 320$ ;  $missing=3$ ;  $\chi^2=2,309$ ; g.l.=2;  $p=0,315$

- **Comportamento auto reportado (quem experimentou fumar)**

A análise do quadro 9 permite verificar que entre os adolescentes que experimentaram fumar tabaco (n=181), cerca de 57,9% não consome tabaco. No entanto, 30,3% tornou-se fumador regular e 11,8% fumador ocasional.

A análise detalhada por sexo permite verificar que entre os rapazes que experimentaram fumar, 37,8% tornou-se fumador regular e 9,5% fumador ocasional. Entre as raparigas que experimentaram fumar, 25,0% tornou-se fumador regular e 13,5% fumador ocasional. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento tabágico dos adolescentes que experimentaram fumar e o sexo ( $p=0,172$ ).

Quadro 9 - Distribuição dos adolescentes que experimentaram fumar segundo o sexo e o comportamento tabágico

Comportamento tabágico	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Não Fumador	39	52,7	64	61,5	103	57,9
Fumador Ocasional	7	9,5	14	13,5	21	11,8
Fumador Regular	28	37,8	26	25,0	54	30,3
Total	74	100,0	104	100,0	178	100,0

n=178, missing=3; g.l.=2;  $\chi^2=3,519$ ;  $p=0,172$

- **Consumo de tabaco nos últimos 30 dias**

De acordo com o gráfico 4 é possível verificar que da amostra em estudo, efetivamente 80,4% dos adolescentes reportaram não ter fumado nos últimos 30 dias. Por outro lado, 19,7% dos adolescentes reportaram ter consumido tabaco nos últimos 30 dias.

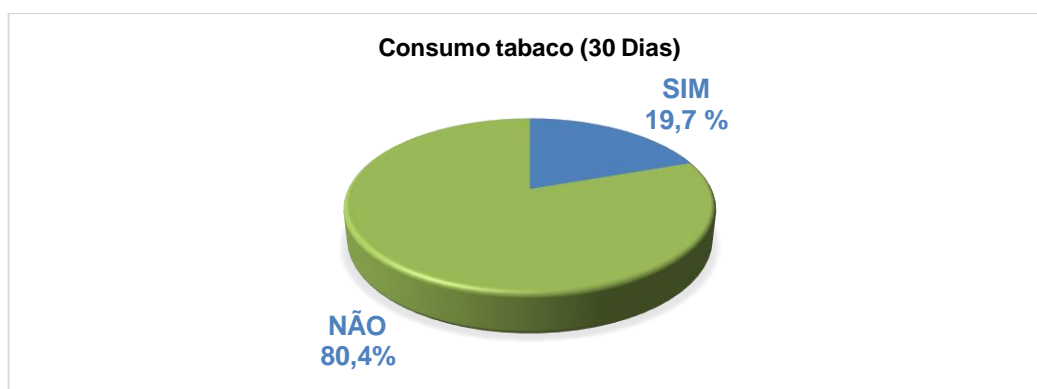


Gráfico 4 - Prevalência do consumo de tabaco nos últimos 30 dias

De acordo com o quadro 10, é semelhante o consumo de tabaco entre o sexo masculino e feminino nos últimos 30 dias. Contudo, os rapazes reportaram um consumo superior (22,5%) ao das raparigas (17,4%). As diferenças entre o sexo e o consumo de tabaco nos últimos 30 dias não são estatisticamente significativas ( $p=0,253$ ).

Quadro 10 - Distribuição dos adolescentes por sexo e consumo de tabaco nos últimos 30 dias

Consumo de tabaco 30 dias	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Não	110	77,5	147	82,6	257	80,3
Sim	32	22,5	31	17,4	63	19,7
Total	142	100,0	178	100,0	320	100,0

$n=320$ ,  $missing=3$ ;  $g.l.=1$ ;  $\chi^2=1,309$ ;  $p=0,253$

### • Quantidade de cigarros fumados por dia

O consumo médio de cigarros fumados por dia (nos últimos 30 dias) foi de 6,61 cigarros (DP= 5,179 cigarros). O máximo de cigarros fumados por dia foi de 25 cigarros (uma ocorrência) e mínimo de 1 cigarro (3 ocorrências).

A análise do quadro 11 permite constatar que mais de metade dos adolescentes (51%) reportou fumar entre 5 a 10 cigarros, em média, por dia. O intervalo “entre 5 e 10 cigarros” apresenta o maior número de frequências, tanto no sexo masculino (57,7%) como no feminino (43,5%). Verifica-se uma maior percentagem de raparigas (17,4%) que referiram fumar “11 cigarros ou mais” do que os rapazes (7,7%). As diferenças encontradas entre o sexo e a quantidade de cigarros fumados, em média, por dia não são estatisticamente significativas ( $p^*=0,475$ ).

Quadro 11 - Distribuição dos adolescentes por sexo e número de cigarros consumidos, em média, por dia, nos últimos 30 dias

Consumo de cigarros (30 dias)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Menos de 5 cigarros	9	34,6	9	39,1	18	36,7
Entre 5 e 10 cigarros	15	57,7	10	43,5	25	51,0
11 Cigarros ou mais	2	7,7	4	17,4	6	12,2
<b>Total</b>	26	100,0	23	100,0	49	100,0

$n=49$ ;  $missing=14$ ;  $\chi^2=1,489$ ;  $g.l.=2$ ;  $p^*=0,475$

## CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIMENTAÇÃO DO CONSUMO DE TABACO

### • Motivos associados à experimentação do consumo de tabaco

De acordo com os dados apresentados no quadro 12, os motivos que reúnem maior expressão entre os adolescentes sobre a experimentação de fumar tabaco são a “curiosidade em experimentar a sensação de fumar tabaco” (84,7%), seguindo-se a “influência dos amigos” (39,0%) e o “fácil acesso e disponibilidade” (17,5%).

A análise por sexo sugere que tanto no sexo masculino como no feminino o motivo maioritariamente reportado para experimentar fumar tabaco é a curiosidade, com 78,1% e

89,4%, respetivamente. Relativamente aos motivos sociais, o sexo masculino menciona mais vezes ter experimentado fumar por influência dos amigos (45,2%), face a 36% das raparigas. O “fácil acesso e disponibilidade” foi reportado por 20,5% dos rapazes e por 15,4% das raparigas.

Quadro 12 - Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e os motivos que levaram à experimentação do consumo de tabaco

Motivos que levaram a experimentar fumar tabaco	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Influência dos amigos	33	45,2	36	34,6	69	39,0
Influência da família	3	4,1	4	3,8	7	4,0
Influência de filmes	7	9,6	1	1	8	4,5
Influência de revistas/jornais	1	1,4	0	4	1	0,6
Influência da televisão	3	4,1	1	1	4	2,3
Fácil acesso e disponibilidade	15	20,5	16	15,4	31	17,5
Acreditar que quem fuma é “cool”	10	13,7	6	5,8	16	9,0
Integrar melhor no grupo de amigos	6	8,2	7	6,7	13	7,3
Curiosidade em experimentar a sensação de fumar tabaco	57	78,1	93	89,4	150	84,7
Consumir bebidas alcoólicas	6	8,2	5	4,8	11	6,2
Consumir drogas ilícitas	1	1,4	0	0	1	0,6
Situação de violência	2	2,7	1	1	3	1,7
Outro motivo	4	5,5	6	5,8	10	5,6

n=177; missing=4

#### • Contexto social presente na experimentação de tabaco

Relativamente ao contexto social presente no momento da experimentação de tabaco, o quadro 13 apresenta as pessoas que os adolescentes reportaram ter estado presentes nesse momento. Verifica-se que os contextos de iniciação mais referidos são, respetivamente, amigos(as) (83,1%), sozinho (9,0%), na companhia de outros familiares (além dos pais e irmãos) (9,0%) e na companhia do(s) irmão(s) (5,6%).

Tanto os rapazes como as raparigas reportaram ter experimentado fumar, maioritariamente, na companhia dos amigos com 75,7% 88,3%, respetivamente.

Quadro 13 - Distribuição dos adolescentes, por sexo, segundo as pessoas presentes no momento da experimentação de tabaco

Pessoas presentes na experimentação de tabaco	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	%	N.º Obs.	%	N.º Obs.	%
Sozinho (a)	8	10,8	8	7,8	16	9,0
Amigos (as)	56	75,7	91	88,3	147	83,1
Namorado (a)	2	2,7	2	1,9	4	2,3
Pais	3	4,1	1	1,0	4	2,3
Irmão (s)	4	5,4	6	5,8	10	5,6
Outros familiares	8	10,8	8	7,8	16	9,0

n=177 ; missing=4

## HÁBITOS TABÁGICOS DOS PAIS, IRMÃOS E AMIGOS

### • Hábitos tabágicos dos pais

Relativamente ao consumo de tabaco pelos pais, a maioria dos adolescentes (58%) percebe que os progenitores não fumam. No entanto, 28% dos adolescentes percebem que apenas um progenitor é fumador e 14% percebem ambos como fumadores.

A análise do quadro 14 permite verificar que entre os adolescentes não fumadores, 12% percebem que os pais consomem tabaco (ambos). Entre os adolescentes que fumam ocasionalmente, 15,8% percebem pais fumadores (ambos). Dos adolescentes que fumam regularmente, 22,6% percebem ambos os progenitores fumadores.

Verifica-se que entre os não fumadores, a maioria (61,6%), referiu não ter pais fumadores. Cerca de 36,8% dos fumadores ocasionais referiram não ter pais fumadores e 49,1% dos não fumadores reportaram que os pais não fumam. As diferenças entre o comportamento tabágico dos adolescentes e a percepção dos pais fumadores não são estatisticamente significativas ( $p=0,06$ ).

Quadro 14 - Distribuição dos adolescentes segundo o seu comportamento tabágico e o dos pais

Pais fumadores	Comportamento tabágico dos adolescentes						Total	
	Não fumador		Fumador ocasional		Fumador regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Não	149	61,6	7	36,8	26	49,1	182	58,0
Sim, os dois	29	12,0	3	15,8	12	22,6	44	14,0
Apenas um deles	64	26,4	9	47,4	15	28,3	88	28,0
Total	242	100,0	19	100,0	53	100,0	314	100,0

$n=314$ ;  $missing=9$ ;  $\chi^2=9,054$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,06$

### • Hábitos tabágicos dos irmãos (e/ou outros familiares que vivam com o adolescente)

Entre os adolescentes que possuem irmãos (ou familiares que vivam com eles além dos pais), 34,9% percebem esses elementos familiares como fumadores.

A análise do quadro 15 permite constatar que, tanto os adolescentes não fumadores como os fumadores regulares, a maioria vive com irmãos não fumadores (outros familiares além dos pais), sendo 68,5% e 59,5%, respetivamente. A maioria dos adolescentes que fuma ocasionalmente vive com irmãos fumadores (ou outros familiares além dos pais) (56,3%). As diferenças entre o comportamento tabágico do adolescente e viver com irmãos fumadores (ou outros familiares além dos pais) não são estatisticamente significativas ( $p=0,102$ ).

Quadro 15 - Distribuição dos adolescentes segundo o seu comportamento tabágico e o consumo de tabaco pelos irmãos (outros familiares que vivam com eles além dos pais)

Irmãos fumadores (outros familiares)	Comportamento tabágico dos adolescentes						Total	
	Não fumador		Fumador ocasional		Fumador regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	51	31,5	9	56,3	15	40,5	75	34,9
Não	111	68,5	7	43,8	22	59,5	140	65,1
Total	162	100,0	16	100,0	37	100,0	215	100,0

n=215; missing=6;  $\chi^2=4,562$ ; g.l.=2; p=0,102

### • Hábitos tabágicos do grupo de pares

A maior parte dos adolescentes reportou ter “entre 1 e 3 amigos” fumadores (30,9%), seguindo-se 29% dos adolescentes que reportaram ter “mais do que 7 amigos fumadores, mas não todos” e 24,1% reportaram ter “entre 4 e 6 amigos” fumadores.

A maior parte dos não fumadores reportou ter “entre 1 e 3 amigos” (34,8%). Entre os fumadores ocasionais as duas classes mais mencionadas foram “entre 1 e 3 amigos” fumadores (42,9%) e “mais do que 7 amigos fumadores, mas não todos” (42,9%). Mais de metade dos fumadores regulares (54,7%) reportaram ter “mais do que 7 amigos fumadores, mas não todos”. A diferença encontrada entre o comportamento tabágico dos adolescentes e o número de amigos fumadores é estatisticamente significativa ( $p^* < 0,000$ ).

Quadro 16 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o número de amigos próximos fumadores

Amigos fumadores	Comportamento tabágico dos adolescentes						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Nenhum	37	15,9	0	0,0	1	1,9	38	12,4
Entre 1 e 3 amigos	81	34,8	9	42,9	5	9,4	95	30,9
Entre 4 a 6 amigos	61	26,2	2	9,5	11	20,8	74	24,1
Mais do que 7 amigos, mas não todos	51	21,9	9	42,9	29	54,7	89	29,0
Todos eles	3	1,3	1	4,8	7	13,2	11	3,6
<b>Total</b>	233	100,0	21	100,0	53	100,0	307	100,0

n= 307; missing=16;  $\chi^2=56,879$ ; gl=8;  $p^* < 0,001$

## ACESSIBILIDADE AO TABACO

### • Formas de acesso ao tabaco

Conforme o quadro 17, cerca de 53,2% dos adolescentes reportaram que tiveram acesso ao tabaco porque um “amigo ofereceu” (53,2%), 43,9% pediram a um amigo (43,9%) e 29,5% deu dinheiro a alguém para comprar tabaco.



Quadro 17 - Distribuição dos adolescentes segundo as formas de acesso ao tabaco

Acesso ao tabaco	Total	
	N.º Obs.	(%)
Dar dinheiro a alguém para comprar	51	29,5
Comprar o próprio tabaco	47	27,2
Um amigo ofereceu	92	53,2
Uma pessoa mais velha ofereceu	4	2,3
Pedir a um amigo(a)	76	43,9
Pedir a uma pessoa mais velha	8	4,6
Roubar tabaco	8	4,6
Arranjar de outra forma	5	3

n=173; missing=8

- **Recusar a venda de tabaco a menores**

A observação do quadro 18 permite constatar que entre os adolescentes que experimentaram fumar, 71,7% não tentaram comprar tabaco nos últimos 30 dias; 24,4% não tiveram qualquer obstáculo em comprar tabaco e 4,4% depararam-se com a recusa de venda de tabaco devido à idade.

Quadro 18 - Distribuição dos adolescentes segundo a recusa de venda de tabaco nos últimos 30 dias

Recusar vender tabaco a menores	N.º Obs.	(%)
Não tentei comprar tabaco nos últimos 30 dias	128	71,1
Sim, houve quem recusasse vender-me tabaco devido à minha idade	8	4,4
Não, a minha idade não me impediu de comprar tabaco	44	24,4
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

n= 180; missing=1

- **Local de compra de tabaco**

Os adolescentes que experimentaram fumar reportaram comprar tabaco nas máquinas de venda (26%), na tabacaria/loja (18,9%) e nos restaurantes ou bares (13%), conforme dados do quadro 19.

Quadro 19 - Distribuição dos adolescentes segundo os locais de compra de tabaco

Locais de compra de tabaco	N.º Obs.	(%)
Não compra tabaco	92	54,4
Tabacaria/loja	32	18,9
Restaurante/bar	22	13,0
Supermercado	12	7,1
Vendedor ambulante	4	2,4
Máquina de venda	44	26,0
Internet	1	0,6
Comprei de outra forma	1	0,6

n=169; missing=12

- **Formas de conseguir dinheiro para comprar tabaco**

Entre os adolescentes que experimentaram fumar, conforme é apresentado no quadro 20, cerca de 28,6% retira dinheiro da semanada e 6,5% dos adolescentes abdica de comprar alimentação.

Quadro 20 - Distribuição dos adolescentes segundo as formas de conseguir dinheiro para comprar tabaco

Formas de conseguir dinheiro para comprar tabaco	N.º Obs.	(%)
Não compra tabaco	98	58,3
Retirar da semanada	48	28,6
Abdicar de comprar alimentação	11	6,5
Outra estratégia	11	6,5
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

n=168; missing=13

- **Dinheiro gasto em tabaco**

Relativamente aos adolescentes que compram tabaco, quando questionados sobre o montante gasto em tabaco, por semana, a maioria (45,7%) referiram gastar menos de 5€, 22,9% dos adolescentes reportaram gastar “entre 5€ e menos de 10€” e 31,4% mencionaram gastar “10€ ou mais” para comprar tabaco, conforme dados do quadro 21.

As diferenças entre os sexos e o montante gasto na compra de tabaco não são estatisticamente significativas ( $p^*=0,415$ ).

Quadro 21 - Distribuição dos adolescentes, por sexo e montante gasto na compra de tabaco

Montante gasto na compra de tabaco	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Menos de 5€	10	47,6	6	42,9	16	45,7
Entre 5€ e menos de 10€	6	28,6	2	14,3	8	22,9
Igual ou superior a 10€	5	23,8	6	42,9	11	31,4
<b>Total</b>	21	100,0	14	100,0	35	100,0

n=35; missing=10;  $\chi^2=1.761$ ; gl=2;  $p^*=0,415$

- **Perceção da acessibilidade ao tabaco perto da escola**

A esmagadora maioria dos adolescentes (91,2%) considera ser fácil o acesso ao tabaco perto da escola, face aos 8,8% que considera não ser, conforme o quadro 22. As diferenças entre o comportamento tabágico do adolescente e a perceção d acessibilidade ao tabaco perto da escola não são estatisticamente significativas ( $p^*=0,060$ ).

Quadro 22 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a facilidade percebida no acesso de tabaco perto da escola

Facilidade acesso tabaco perto da escola	Comportamento tabágico dos adolescentes						Total	
	Não fumador		Fumador ocasional		Fumador regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	191	93,2	14	77,8	45	88,2	250	91,2
Não	14	6,8	4	22,2	6	11,8	24	8,8
Total	205	100,0	18	100,0	51	100,0	274	100,0

$n=274$ ;  $missing=49$ ;  $\chi^2=5,614$ ;  $gl=2$ ;  $p^*=0,060$

## MOTIVAÇÃO PARA FUMAR

### • Razão de continuar a fumar

Entre os adolescentes que fumam (regulares e ocasionais) ( $n=75$ ), foram inquiridos sobre a razão de continuar a fumar, a qual 14 deles não sabem ou não respondem.

De acordo com o quadro 23, os adolescentes referem como principais razões para continuar a fumar, “sentir-se calmo” (72,1%), “esquecer algum problema” (39,3%), “sentir prazer” (37,7%), “sentir-se desinibido” (11,5%) e, por último, “ter coragem”(6,6%) e “outro motivo” (5,2%).

Quadro 23 - Distribuição dos adolescentes segundo o motivo pelo qual continuam a fumar

Razão de continuar a fumar	N.º Obs.	(%)
Sentir-se desinibido	7	11,5
Sentir-se calmo	44	72,1
Ter coragem	4	6,6
Esquecer algum problema	24	39,3
Sentir prazer	23	37,7
Outro	4	5,2

$n=61$ ;  $missing=14$

### • Autoeficácia na recusa de tabaco

A análise do quadro 24 permite verificar que 83,1% dos adolescentes não fumadores “recusava” cigarros oferecidos por um amigo, 9,7% “talvez recusasse”, 6,8% “talvez aceitasse” e 0,4% “aceitava de certeza”.

Quadro 24 - Distribuição dos adolescentes não fumadores e a suscetibilidade para fumar

Reação do adolescente face a um incentivo	N.º Obs.	(%)
Aceitava, de certeza	1	0,4
Talvez aceitasse	16	6,8
Talvez recusasse	23	9,7
Recusava	197	83,1
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>

$n=237$ ,  $missing=8$

**TENTATIVAS, INTENÇÃO E PERCEÇÃO DA FACILIDADE PARA DEIXAR DE FUMAR**

- **Percepção da facilidade em deixar de fumar**

Os adolescentes que fumam regular e ocasionalmente (n=75) foram inquiridos sobre se acreditam que conseguem deixar de fumar, caso pretendam.

Conforme os dados do quadro 25, cerca de 61,1% dos adolescentes perceciona conseguir deixar de fumar com facilidade, 31,9% perceciona que consegue, mas com dificuldade e 6,9% reporta que, decididamente, não consegue.

Quadro 25 - Distribuição dos adolescentes segundo a percepção da facilidade que possuem sobre deixar de fumar

Conseguir deixar de fumar	N.º Obs.	(%)
Sim, com facilidade	44	61,1
Sim, mas com dificuldade	23	31,9
Não, decididamente não	5	6,9
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

n=72; missing=3

- **Intenção de deixar de fumar**

Os adolescentes que fumam regular e ocasionalmente (n=75) foram questionados sobre a sua intenção em deixar de fumar. A análise do quadro 26 permite verificar que a maioria dos adolescentes (40,9%) possui intenção de deixar de fumar, mas não sabe quando. Enquanto 28,8% dos adolescentes reportaram estar a tentar deixar de fumar, conforme o quadro.

Quadro 26 - Distribuição dos adolescentes sobre a intenção de deixar de fumar

Intenção de deixar de fumar	N.º Obs.	(%)
Sim, estou a tentar	19	28,8
Sim, estou a tentar mas não sei quando	6	9,1
Sim, nos próximos 6 meses	7	10,6
Sim, mas não sei quando	27	40,9
Não, decididamente não	7	10,6
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>

n=66; missing=9

- **Tentativa de cessação tabágica**

Os adolescentes que fumam regular e ocasionalmente (n=75) foram inquiridos sobre se alguma vez tentaram deixar de fumar.

A análise do quadro 27 permite verificar que 35,8% dos adolescentes já tentaram parar de fumar mais que uma vez. Cerca de 35,8% dos adolescentes reportaram nunca ter

tentado deixar de fumar e 28,4% tentaram deixar de fumar uma vez, conforme os dados do quadro 26.

Quadro 27 - Distribuição dos adolescentes sobre as tentativas de cessação tabágica

Tentativa cessação tabágica	Frequências	
	N.º Obs.	(%)
Sim, tentei parar uma vez	19	28,4
Sim, tentei parar de fumar mais que uma vez	24	35,8
Nunca	24	35,8
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

n=67; missing=8

## EXPOSIÇÃO AO FUMO DO TABACO

### • Permissão de fumar em casa

Pela análise dos dados fornecidos no quadro 28 constata-se que 57,4% dos adolescentes reportaram não ser permitido fumar em casa, 24,2% que era permitido e 18,4% permitido “por vezes”.

A análise por comportamento tabágico permite verificar que mais e metade dos não fumadores (61,3%) reportaram não ser permitido fumar em casa. Relativamente aos fumadores ocasionais, apresentaram iguais percentagens sobre a permissão (47,4%) e proibição (47,4%) de fumar em casa. Entre os fumadores regulares, a maior percentagem (43,4%) reportou não se permitido fumar em casa, enquanto 39,6% referiu ser permitido.

Constatou-se que as diferenças entre o comportamento tabágico e a permissão de fumar em casa são estatisticamente significativas ( $p^*=0,002$ ).

Quadro 28 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a permissão para fumar na sua casa

Permitido fumar em casa	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	45	18,9	9	47,4	21	39,6	75	24,2
Por vezes	47	19,7	1	5,3	9	17,0	57	18,4
Não	146	61,3	9	47,4	23	43,4	178	57,4
Total	238	100,0	19	100,0	53	100,0	310	100,0

n=310; missing=13;  $\chi^2=17,046$ ; gl=4;  $p^*=0,002$

### • Exposição ao tabaco em casa

Considerando os dados fornecidos no quadro 29 verifica-se que 57,6% dos adolescentes refere não ter sido exposto ao fumo do tabaco na sua casa, nos últimos 30 dias. Entre os adolescentes em estudo, 21,2% foi exposto diariamente ao fumo do tabaco na sua casa.

A exposição ao fumo do tabaco em casa diariamente verificou-se em 17,6% dos não fumadores, 45% dos fumadores ocasionais e 28,3% dos fumadores regulares. Por outro lado, a não exposição ao fumo do tabaco em casa verificou-se em 63,9% dos não fumadores, 35% dos fumadores ocasionais e 37,7% dos fumadores regulares. As diferenças entre o comportamento tabágico e a frequência da exposição ao tabaco em casa são estatisticamente significativas ( $p^* < 0,001$ ).

Quadro 29 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a frequência da exposição ao tabaco em casa

Frequência da exposição ao tabaco em casa	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Diariamente	42	17.6	9	45,0	15	28.3	66	21.2
Quase todos os dias	10	4.2	2	10.0	8	15.1	20	6.4
Raramente	34	14.3	2	10,0	10	18.9	46	14.8
Nenhum dia	152	63.9	7	35,0	20	37.7	179	57.6
Total	238	100,0	20	100,0	53	100,0	311	100,0

$n=311$ ;  $missing=12$ ;  $\chi^2=24,413$ ;  $gl=6$ ;  $p^* < 0,001$

#### • Exposição ao tabaco no recinto escolar

A análise do quadro 30 permite verificar que um pouco mais de metade dos adolescentes (54,4%) da amostra observou pessoas a fumar dentro do recinto escolar, nos últimos 30 dias.

A observação de pessoas a fumar dentro do recinto escolar nos últimos 30 dias foi constatada por 56% dos não fumadores e 68,4% dos fumadores ocasionais. A maioria dos fumadores regulares (51,9%) reportou não ter observado pessoas a fumar dentro do recinto escolar. A diferença entre o comportamento tabágico e a exposição ao tabaco na escola não foi estatisticamente significativa ( $p=0,292$ ).

Quadro 30 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a exposição ao tabaco na escola (30 dias)

Exposição ao tabaco na escola	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	131	56,0	13	68,4	25	48,1	169	55,4
Não	103	44,0	6	31,6	27	51,9	136	44,6
Total	234	100.0	19	100.0	52	100.0	305	100.0

$n=305$ ;  $missing=18$ ;  $\chi^2=2.465$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,292$

**EXPOSIÇÃO À PUBLICIDADE**

- **Observar publicidade**

Dos adolescentes inquiridos sobre se tinham observado publicidade ao tabaco, cerca de 73,7% reportaram ter observado, face a 26,3% que não observaram, conforme o quadro 31.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento tabágico do adolescente e ter observado publicidade no último ano ( $p=0,192$ ).

Quadro 31 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e ter observado publicidade no último ano

Observar publicidade	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	158	74,9	16	84,2	31	64,6	205	73,7
Não	53	25,1	3	15,8	17	35,4	73	26,3
Total	211	100,0	19	100,0	48	100,0	278	100,0

$n=278$ ;  $missing=45$ ;  $\chi^2=3.296$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,192$

A análise do quadro 32 permite constatar que os adolescentes mencionaram ter observado publicidade em todas as opções referidas no quadro. Os lugares que mais observações se registaram foram: bares (40,4%), televisão (38,9%), internet (37,9%), discotecas (32,9%) e festas (31,4%). Cerca de 26,1% não observaram publicidade nos lugares referenciados no quadro 31 e 9,3% observou noutros sítios.

Quadro 32 - Distribuição dos adolescentes pela observação de publicidade em diferentes locais

Locais onde se observou publicidade ao tabaco	N.º Obs.	(%)
Supermercados	74	26,4
Quiosques	74	26,4
Restaurantes	36	12,9
Bares	113	40,4
Discotecas	92	32,9
Internet	106	37,9
Televisão	109	38,9
Cinema	29	10,4
Festas	88	31,4
Eventos desportivos	25	8,9
Eventos na comunidade	16	5,7
Não observei publicidade em nenhum destes locais	73	26,1
Outro(s)	26	9,3

$n=280$  ;  $missing=43$

**CONHECIMENTOS E CRENÇAS SOBRE O CONSUMO DE TABACO**

- **Tabaco como dependência**

A maioria dos adolescentes (86,2%) considera o tabaco como dependência. Todos os perfis tabágicos reconhecem o tabaco como dependência, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento tabágico e o conhecimento de o tabaco como dependência ( $p=0,719$ ).

Quadro 33 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o conhecimento sobre o tabaco como dependência

Tabaco é uma dependência?	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	189	87,1	16	84,2	44	83,0	249	86,2
Não	28	12,9	3	15,8	9	17,0	40	13,8
Total	217	100,0	19	100,0	53	100,0	289	100,0

$n=289$ ;  $missing=84$ ;  $\chi^2=0,659$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,719$

- **Problemas de saúde causados pelo consumo de tabaco**

A análise do quadro 34 permite verificar que a quase totalidade dos adolescentes (98,7%) reconhece o cancro do pulmão como uma consequência do consumo de tabaco. Os efeitos do consumo de tabaco na saúde, mais referidos, a seguir ao cancro do pulmão, são, respetivamente, as infeções respiratórias (79,5%), o cancro da cavidade oral (72,9%), a diminuição do peso (50,8%), o ataque cardíaco (48,6%) e impotência sexual (30,0%). Cerca de 10,4% dos adolescentes referem que existem outros problemas de saúde causados pelo consumo de tabaco.

De uma forma geral, os fumadores regulares parecem reconhecer melhor as consequências do consumo de tabaco na saúde. No entanto, as diferenças entre o comportamento tabágico do adolescente e o conhecimento sobre as consequências do consumo de tabaco na saúde não são estatisticamente significativas para todas as consequências ( $p>0,05$ ), exceto para a impotência sexual. Existe diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento tabágico e o conhecimento da impotência sexual como efeito do consumo de tabaco ( $p < 0,001$ ).



Quadro 34 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o conhecimento das consequências do consumo de tabaco na saúde

Consequências do consumo de tabaco na saúde	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Ataque cardíaco	117	48,3	11	52,4	26	48,1	154	48,6
$\chi^2=0,131$ ; gl=2; p=0,937								
Cancro do pulmão	239	98,8	20	95,2	54	100,0	313	98,7
$\chi^2=2,756$ ; gl=2; p*=0,252								
Cancro da ORL	172	71,1	16	76,2	43	79,6	231	72,9
$\chi^2=1,760$ ; gl=2; p=0,415								
Cancro da bexiga	12	5,0	1	4,8	0	0,0	13	4,1
$\chi^2=2,785$ ; gl=2; p*=0,248								
Infeções respiratórias	193	79,8	15	71,4	44	81,5	252	79,5
$\chi^2=0,979$ ; gl=2; p=0,613								
Aumento de peso	13	5,4	2	9,5	3	5,6	18	5,7
$\chi^2=0,624$ ; gl=2; p*=0,732								
Diminuição de peso	120	49,6	13	61,9	28	51,9	161	50,8
$\chi^2=1,203$ ; gl=2; p=0,548								
Impotência sexual	58	24,0	9	42,9	28	51,9	95	30,0
$\chi^2=18,137$ ; gl=2; p <0,001								
Outro(s)	26	10,7	1	4,8	6	11,1	33	10,4
$\chi^2=0,776$ ; gl=2; p=0,679								

n=320, missing=3

#### • Frequentar ambientes com fumo

A análise do quadro 35 permite verificar que 49,8% dos adolescentes referiram que frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde e 35,4% referiu que “provavelmente” é prejudicial à saúde.

Os adolescentes não fumadores são os que mais reconhecem que frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde (55,4%). Os fumadores regulares são os que menos reconhecem (29,4%). A diferença entre o comportamento tabágico dos adolescentes e o conhecimento de que frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde é estatisticamente significativa (p <0,001).

Quadro 35 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o conhecimento sobre frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde

Frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde?	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Não, de modo algum	16	6,7	0	0,0	12	23,5	28	9,0
Provavelmente não	8	3,3	3	15,0	7	13,7	18	5,8
Provavelmente sim	83	34,6	10	50,0	17	33,3	110	35,4
Sim, com certeza	133	55,4	7	35,0	15	29,4	155	49,8
Total	240	100,0	20	100,0	51	100,0	311	100,0

n=311; missing=12;  $\chi^2=34,155$ ; gl=6; p<0,001

- **Crenças do consumo de tabaco**

- **Atratividade dos jovens fumadores**

A análise do quadro 36 permite verificar que 61,9% dos adolescentes referiram que os jovens que fumam são tão atraentes como os não fumadores e 35,7% mencionou que são menos atraentes. As diferenças entre o comportamento tabágico e a crença de que os jovens fumadores são mais atraentes são estatisticamente significativas ( $p^*=0,003$ ).

Quadro 36 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a crença de que os jovens fumadores são mais atraentes

Jovens fumadores são mais atraentes?	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	5	2,2	0	0,0	2	4,0	7	2,4
É igual	125	56,1	19	90,5	38	76,0	182	61,9
Não, são menos atraentes	93	41,7	2	9,5	10	20,0	105	35,7
Total	223	100,0	21	100,0	50	100,0	294	100,0

$n=294$ ;  $missing=29$ ;  $\chi^2=16,406$ ;  $gl=4$ ;  $p^*=0,003$

- **Amizades nos jovens fumadores**

A análise do quadro 37 permite constatar que 64,6% dos adolescentes acreditam que não existe diferença no número de amigos que os jovens fumadores possuem em relação aos não fumadores. No entanto, 27,2% mencionaram que os jovens fumadores têm mais amigos. Em todos os perfis tabágicos é unânime de que não existe distinção.

As diferenças entre o comportamento tabágico do adolescente e a crença de que os jovens fumadores têm mais amigos não é estatisticamente significativa ( $p^*=0,456$ ).

Quadro 37 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a crença de que os jovens fumadores possuem mais amigos

Jovens fumadores têm mais amigos?	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	65	29,4	3	14,3	12	23,1	80	27,2
Não existe diferença	137	62,0	17	81,0	36	69,2	190	64,6
Não, têm menos amigos	19	8,6	1	4,8	4	7,7	24	8,2
Total	221	100,0	21	100,0	52	100,0	294	100,0

$n=294$ ;  $missing=29$ ;  $\chi^2=3,646$ ;  $gl=4$ ;  $p^*=0,456$

- **Conforto social dos jovens fumadores**

A observação do quadro 38 permite verificar que a maioria dos adolescentes (58,0%) menciona que fumar em eventos sociais não faz com que os jovens se sintam mais ou menos

confortáveis socialmente. Contudo, 37,6% dos adolescentes refere que fumar ajuda os jovens a sentirem-se mais à vontade em eventos sociais.

Relativamente à análise por perfis tabágicos, pode-se observar que, contrariamente às percentagens totais, metade dos fumadores regulares acredita que fumar ajuda os jovens a sentirem-se mais confortáveis socialmente e a outra metade acredita que não faz diferença.

As diferenças entre o comportamento tabágico e a crença de que fumar ajuda os jovens fumadores a sentirem-se confortáveis socialmente não é estatisticamente significativa ( $p^*=0,086$ ).

Quadro 38 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a crença de que fumar ajuda os jovens a sentirem-se confortáveis socialmente

Fumar ajuda os jovens a sentirem-se confortáveis socialmente	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Mais à vontade	68	33,8	9	42,9	26	50,0	103	37,6
É igual, não faz diferença	121	60,2	12	57,1	26	50,0	159	58,0
Menos à vontade	12	6,0	0	0,0	0	0,0	12	4,4
Total	201	100,0	21	100,0	52	100,0	274	100,0

$n=274$ ; *missing*=49;  $\chi^2=8,143$ ;  $gl=4$ ;  $p^*=0,086$

## ATITUDES SOBRE O TABAGISMO

### • Avisos de saúde nas embalagens do tabaco

Foi questionado aos adolescentes se a colocação de avisos de saúde nas embalagens do tabaco influenciava a sua decisão de fumar. Mais de metade (55,1%) reportou que não influenciava, 23,4% consideram que “talvez” influencie e 21,5% referiram que influencia. Do total de adolescentes inquiridos ( $n=323$ ), 11 não sabem ou não respondem.

### • Colocação de pictogramas nos maços de tabaco

Sobre a colocação de pictogramas com imagens alusivas às consequências na saúde do comportamento tabágico, a esmagadora maioria dos adolescentes (81,5) concordou que fossem colocadas, face a 18,5% dos adolescentes que não concordaram. Do total de 323 adolescentes que foram inquiridos, 20 não sabem ou não respondem

### • Proibição de fumar em locais de diversão noturna

Dos adolescentes em estudo, 59,4% concorda que deve ser totalmente proibido fumar em locais de diversão noturna frequentados por jovens, face aos 40,6% que discorda. Foram inquiridos 323 adolescentes, dos quais 52 não sabem ou não respondem.

- **Abordar o tabagismo nas aulas**

Os dados fornecidos no quadro 39 permitem verificar que 72,4% dos adolescentes abordaram o tema do tabaco nas aulas durante o ano escolar decorrente. As diferenças entre o comportamento tabágico e o facto de se ter abordado o tema do tabagismo nas aulas não são estatisticamente significativas ( $p=0,104$ ).

Quadro 39 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e a abordagem do tema do tabagismo nas aulas

Abordagem do tabagismo nas aulas	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	151	69,3	16	80,0	40	83,3	207	72,4
Não	67	30,7	4	20	8	16,7	79	27,6
Total	218	100	20	100	48	100	286	100

$n=286$ ;  $missing=37$ ;  $\chi^2=4,519$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,104$

- **Participar em atividades sobre prevenção do tabagismo**

A participação em atividades sobre a prevenção do tabagismo foi reportada por 51,9% dos adolescentes, face aos 48,1% que reportaram não ter participado. As diferenças entre o comportamento tabágico do adolescente e a participação em atividades sobre o tabagismo não são estatisticamente significativas ( $p=0,828$ ).

Quadro 40 - Distribuição dos adolescentes segundo o seu comportamento tabágico e a participação em atividades sobre o tabagismo

Participar em atividades sobre o tabagismo	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Sim	113	52,8	11	52,4	25	48,1	149	51,9
Não	101	47,2	10	47,6	27	51,9	138	48,1
Total	214	100,0	21	100,0	52	100,0	287	100,0

$n=287$ ;  $missing=36$ ;  $\chi^2=0,376$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,828$

### 3.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Em seguida serão analisadas as hipóteses de investigação. A análise será individual e os valores da associação das variáveis estão apresentados no quadro 41.

Quadro 41 - Síntese da análise estatística das hipóteses em estudo

HIPÓTESES DO ESTUDO		Comportamento Tabágico				
		n	missing	$\chi^2$	g.l.	p
1	<b>Sexo</b>	320	3	2,309	2	0,315
2	<b>Desempenho Escolar</b>	313	10	30,348	4	*<0,001
3	<b>Níveis Socioeconómicos Parentais</b>					
	Nível Socioeconómico Pai	300	23	8,902	8	*0,351
	Nível Socioeconómico Mãe	304	19	14,707	8	*0,065
4	<b>Níveis de Escolaridades Parentais</b>					
	Nível Escolaridade Pai	281	42	7,697	8	*0,464
	Nível Escolaridade Mãe	294	29	11,207	8	*0,190
5	<b>Hábitos Tabágicos Pais</b>	314	9	9,054	4	0,06
6	<b>Hábitos Tabágicos Irmão(s)(familiares que vivam além dos pais)</b>	215	6	4,562	2	0,102
7	<b>Hábitos Tabágicos Amigos</b>	307	16	56,879	8	*<0,001
8	<b>Permissividade Pais Fumar em Casa</b>	310	13	17,046	4	*0,002
9	<b>Frequência Exposição ao Tabaco em Casa</b>	311	12	24,413	6	*<0,001
10	<b>Observar Publicidade ao tabaco</b>	278	45	3,296	2	0,192
11	<b>Conhecer Consequências do Tabaco na Saúde</b>					
	Tabaco é uma dependência	289	84	0,659	2	0,719
	Ataque cardíaco	317	6	0,131	2	0,937
	Cancro do pulmão	317	6	2,756	2	*0,252
	Cancro da ORL	317	6	1,760	2	0,415
	Cancro da bexiga	317	6	2,785	2	*0,248
	Infeções respiratórias	317	6	0,979	2	0,613
	Aumento de peso	317	6	0,624	2	*0,732
	Diminuição de peso	317	6	1,203	2	0,548
	Impotência sexual	317	6	18,137	2	<0,001
	Outro(s)	317	6	0,776	2	0,679
	Frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde	311	12	34,155	6	*<0,001
12	<b>Crenças sobre o Consumo de Tabaco</b>					
	Jovens fumadores são mais atraentes	294	29	16,406	4	*0,003
	Jovens fumadores têm mais amigos	294	29	3,646	4	*0,456
	Jovens fumadores sentem-se socialmente mais confortáveis	274	49	8,143	4	*0,086
13	<b>Contacto com o tema do Tabagismo</b>					
	Abordar o tabagismo nas aulas	286	37	4,519	2	0,104
	Participar em atividades sobre o tabagismo	287	36	0,376	2	0,828

Nota: p\* - Valores meramente indicativos dado não se reunirem todas as condições de aplicabilidade

**HIPÓTESE 1:** Existe associação entre o sexo dos adolescentes e o seu comportamento tabágico.

Não se encontrou associação entre o sexo dos adolescentes e o seu comportamento tabágico, logo, assume-se que as variáveis são independentes ( $p=0,315$ ).

A percentagem de rapazes fumadores regulares é superior à das raparigas, enquanto as raparigas apresentam uma maior percentagem no consumo ocasional.

**HIPÓTESE 2:** Existe associação entre o desempenho escolar e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Encontrou-se associação entre o desempenho escolar e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

É maior a percentagem dos adolescentes que não fumam reportarem ter um “bom” desempenho escolar, relativamente aos adolescentes que fumam ocasional ou regularmente. A maioria dos fumadores ocasionais e regulares reportaram ter um desempenho escolar “médio” (ver anexo VI).

**HIPÓTESE 3:** Existe associação entre os níveis socioeconómicos parentais e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Não se encontrou associação entre nível socioeconómico parental e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo aceita-se que as variáveis são independentes (pai:  $p^*=0,351$ ; mãe:  $p^*=0,065$ ) (ver anexo VI).

**HIPÓTESE 4:** Existe associação entre os níveis de escolaridades parentais e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Não se encontrou associação entre o nível de escolaridade parental e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo admite-se que as variáveis são independentes (pai: ( $p^*=0,464$ ; mãe:  $p^*=0,190$ ) (ver anexo VI).

**HIPÓTESE 5:** Existe associação entre os hábitos tabágicos dos pais e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Não se encontrou associação entre os hábitos tabágicos dos pais e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo assume-se que as variáveis são independentes ( $p=0,06$ ).

Contudo, a percentagem de adolescentes não fumadores em que ambos os progenitores não fumam apresenta-se como a mais elevada, comparada aos adolescentes que fumam ocasional e regularmente. Por outro lado, os adolescentes que fumam regularmente apresentam a maior percentagem de ter ambos os pais fumadores. E os

fumadores ocasionais apresentam a maior percentagem quando se refere ao consumo de tabaco apenas por um progenitor.

**HIPÓTESE 6:** Existe relação entre os hábitos tabágicos dos irmãos/familiares que vivam com o adolescente e o seu comportamento tabágico.

Não se encontrou associação entre os hábitos tabágicos dos irmãos/familiares que vivam com o adolescente e o seu comportamento tabágico, logo aceita-se que as variáveis são independentes ( $p=0,102$ ).

Verificou-se que os adolescentes não fumadores apresentam a maior percentagem de viver com irmãos (ou outros familiares além dos pais) não fumadores. Os fumadores ocasionais vivem, na sua maioria, com irmãos (ou outros familiares além dos pais) fumadores. Mais de metade dos fumadores regulares vive com irmãos (ou outros familiares além dos pais) não fumadores.

**HIPÓTESE 7:** Existe associação entre os hábitos tabágicos dos amigos e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Encontrou-se associação entre os hábitos tabágicos dos amigos e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

Os adolescentes que não fumam apresentam a maior percentagem quando se referem a ter “nenhum” amigo fumador. Os fumadores ocasionais apresentam a maior percentagem quando se referem a ter “entre 1 e 3 amigos” fumadores. Por outro lado, os fumadores regulares apresentam a maior percentagem ao reportarem ter “mais do que 7 amigos fumadores, mas não todos”.

**HIPÓTESE 8:** Existe associação entre a permissividade dos pais em fumar em casa e o comportamento tabágico dos filhos.

Encontrou-se associação entre a permissividade dos pais em fumar em casa e o comportamento tabágico dos filhos, logo as variáveis não são independentes ( $p^*=0,002$ ).

Os adolescentes não fumadores apresentaram a maior percentagem ao reportarem não ser permitido fumar em sua casa. Os fumadores ocasionais apresentaram a maior percentagem ao reportarem ser permitido fumar em sua casa.

**HIPÓTESE 9:** Existe associação entre a exposição do adolescente ao fumo do tabaco em casa e o seu comportamento tabágico.

Encontrou-se associação entre a exposição do adolescente ao fumo do tabaco em casa e o seu comportamento tabágico, logo, as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

Os adolescentes não fumadores apresentaram a maior percentagem ao referirem que em “nenhum dia” se fumou em sua casa. Os fumadores ocasionais apresentaram a maior percentagem ao reportarem ter-se fumado.

**HIPÓTESE 10:** Existe associação entre a exposição à publicidade ao tabaco e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Não se encontrou associação entre a exposição a publicidade ao tabaco e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo admite-se que as variáveis são independentes ( $p=0,192$ ).

**HIPÓTESE 11:** Existe associação entre o conhecimento das consequências do consumo de tabaco na saúde e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Não se encontrou associação entre o conhecimento sobre o tabaco como dependência e o comportamento tabágico dos adolescentes logo, assume-se que as variáveis são independentes ( $p=0,719$ ).

No entanto, são os não fumadores os que apresentam a maior percentagem em reconhecerem o tabaco como dependência. Os fumadores diários apresentam a maior percentagem ao não considerarem o tabaco como uma dependência.

Não se encontrou associação entre o conhecimento das consequências do consumo de tabaco na saúde (como o ataque cardíaco, cancro do pulmão, cancro da ORL, cancro da bexiga, infeções respiratórias, aumento de peso, diminuição de peso, outros efeitos) e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, assume-se que as variáveis são independentes (ataque cardíaco,  $p=0,937$ ; cancro do pulmão,  $p^*=0,252$ ; cancro da ORL,  $p=0,415$ ; cancro da bexiga,  $p^*=0,248$ ; infeções respiratórias,  $p=0,613$ ; aumento de peso,  $p^*=0,732$ ; diminuição de peso,  $p=0,548$ ; outros,  $p=0,679$ ).

Encontrou-se associação entre o conhecimento da impotência sexual como consequência do consumo de tabaco na saúde e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo as variáveis não são independentes ( $p<0,001$ ).

Encontrou-se associação entre o conhecimento sobre frequentar ambientes com fumo ser prejudicial para a saúde e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

**HIPÓTESE 12:** Existe associação entre as crenças do adolescente em relação ao consumo de tabaco e o próprio comportamento tabágico.



Encontrou-se associação entre a crença que os adolescentes possuem sobre os jovens fumadores serem mais atraentes e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo as variáveis não são independentes ( $p^*=0,003$ ).

Os adolescentes que fumam regularmente apresentaram a maior percentagem ao referir que os jovens fumadores são mais atraentes, enquanto os adolescentes que não fumam apresentaram a maior percentagem ao referir que os jovens fumadores são menos atraentes.

Não se encontrou associação entre a crença que os adolescentes têm sobre os jovens fumadores possuírem mais amigos e o seu comportamento tabágico, logo assume-se que as variáveis são independentes ( $p^*=0,456$ ).

Não se encontrou associação entre a crença que os adolescentes possuem sobre os jovens fumadores sentirem-se mais ou menos confortável socialmente e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo aceita-se que as variáveis são independentes ( $p^*=0,086$ ).

Os adolescentes fumadores regulares apresentaram a maior percentagem ao referir que fumar ajuda os jovens a sentirem-se socialmente mais à vontade.

**HIPÓTESE 13:** Existe associação entre o contacto com o tema do tabagismo e o comportamento tabágico dos adolescentes.

Não se encontrou associação entre a abordagem do tema do tabagismo nas aulas e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo aceita-se que as variáveis são independentes ( $p=1,104$ ).

Não se encontrou associação entre a participação em atividades sobre o tabagismo e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo admite-se que as variáveis são independentes ( $p=0,828$ ).

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo geral conhecer o consumo de tabaco reportado pelos adolescentes da ilha Terceira e caracterizar alguns fatores associados. Foram analisadas as relações entre o comportamento tabágico e outras variáveis.

A realização desta investigação permitiu um melhor conhecimento sobre os adolescentes do 9.º ano de escolaridade da ilha Terceira em relação aos comportamentos, conhecimentos, crenças e opiniões sobre o tabaco.

É esperado que os resultados obtidos desta investigação possam contribuir para o conhecimento da realidade dos adolescentes escolarizados da ilha Terceira junto dos pais, professores, serviços de saúde e comunidade em geral.

A taxa de resposta de 85,68% é considerada positiva atendendo que, apenas os adolescentes que entregaram o documento com a devida autorização do encarregado de educação e que estiveram presentes no momento da recolha de dados puderam participar na amostra. Neste sentido, é satisfatória a taxa de resposta, sobretudo pela adesão e colaboração dos vários intervenientes (adolescentes, encarregados de educação e professores).

A análise de prevalências entre diferentes estudos deve ser muito cautelosa porque nem sempre foram considerados os mesmos métodos na recolha de dados, não se podendo comparar as prevalências.

Considerando a definição de comportamento tabágico utilizada nesta investigação, cerca de 16,9% dos adolescentes da amostra são fumadores regulares, 6,6% fumam ocasionalmente e 76,6% não fumam.

Tendo em conta a definição de comportamento tabágico usada por Matos *et al.* (2012) e Precioso *et al.* (2012) ser a mesma que foi utilizada na presente investigação, pode-se apurar que os valores obtidos sobre os adolescentes da ilha Terceira são mais elevados que os apresentados por estes autores.

Matos *et al.* (2012) verificaram que 7,4% dos adolescentes portugueses fumam regularmente (4,5% “diariamente” e 2,9% “pelo menos uma vez por semana”), 4,5% fumam ocasionalmente (“menos e uma vez por semana”) e 88,1% não fumam.

O INME realizado no 3.º ciclo apresentou uma prevalência do consumo de tabaco recente (últimos 12 meses) nos adolescentes portugueses de 28% (Feijão, 2011). E Precioso *et al.* (2012) constatou uma prevalência do consumo regular de 9,6% na média nacional.

Para a RAA Precioso *et al.* (2012) constatou uma prevalência do consumo regular de 11,8%.

Os resultados obtidos nesta investigação sobre o consumo de tabaco são superiores às prevalências apresentadas por Matos *et al.* (2012) e Precioso, *et al.* (2012).

No presente estudo a percentagem de rapazes que fuma regularmente (19,7%) é superior à das raparigas (14,6%). No entanto, as raparigas fumam mais ocasionalmente (7,9%) que os rapazes (4,9%).

Na RAA, o INME constatou que as raparigas apresentam uma prevalência do consumo recente (12 meses) superior (37%) à dos rapazes (35%).

A análise da **hipótese 1** permitiu constatar que não se encontrou associação entre o sexo dos adolescentes e o seu comportamento tabágico. Logo, assumiu-se que as variáveis são independentes ( $p=0,315$ ).

Relativamente ao desempenho escolar, a maior parte dos adolescentes considera ter um “Bom” desempenho escolar (52,5%), enquanto 40,8% considera ter um desempenho escolar “médio” e 6,6% “mau”.

Ferreira *et al.* (2013) verificaram que a satisfação e o bom aproveitamento escolar podem ser encarados como fatores protetores em relação ao consumo de tabaco, visto que no seu estudo não se encontraram relacionadas com o comportamento tabágico.

A análise da **hipótese 2** encontrou associação entre o desempenho escolar e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

Sobre o nível socioeconómico dos pais, pôde-se determinar que a maioria dos pais trabalha (por conta própria ou por conta de outrem), sendo maior esta percentagem entre a figura paterna (82,7%) do que na materna (76,4%). Por outro lado, é mais elevada a percentagem de mães no desemprego (21,2%) do que a dos pais (9,6%).

O nível socioeconómico é um dos fatores que se associa ao comportamento tabágico. A um baixo nível socioeconómicos estão associado maiores consumos de tabaco entre os adolescentes (Conrad, Flay, Hill, 1992; Tyas e Pederson, 1998).

A análise da **hipótese 3** verificou que não se encontrou associação entre o nível socioeconómico parental e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, admitiu-se que as variáveis são independentes (pai:  $p^*=0,351$ ) (mãe:  $p^*=0,065$ ).

Quanto ao nível de escolaridade parental, não existem diferenças acentuadas entre a mãe e o pai no nível de ensino básico. Tanto no ensino secundário, como no ensino superior a mãe assume valores mais expressivos do que o pai.

Dados de Silva, Silva, Botelho (2008) encontraram uma menor prevalência de adolescentes fumadores entre as mães com níveis académicos mais elevados.

A análise da **hipótese 4** permitiu verificar que não se encontrou associação entre o nível de escolaridade parental e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, aceitou-se que as variáveis são independentes (pai:  $p^*=0,464$ ) (mãe:  $p^*=0,190$ ).

Na presente investigação verificou-se que 56% dos adolescentes da amostra já experimentaram fumar, mesmo que uma ou duas vezes, ao longo da sua vida. Constatou-se uma maior experimentação no sexo feminino (59,1%) do que no sexo masculino (52,1%).

Matos *et al.* (2012) apuraram que 30% dos adolescentes portugueses já experimentaram fumar, face aos 70% que nunca experimentaram.

Para a RAA Feijão (2011) verificou uma prevalência de experimentação de 47% para ambos os sexos nos adolescentes do 3.º ciclo em 2011. Nunes (2009) verificou que a experimentação de tabaco situou-se nos 22,1%, sendo a percentagem mais elevada nos rapazes (26,9%) do que nas raparigas (17,4%) do 2.º ciclo da ilha Terceira.

A prevalência da experimentação do tabaco encontrada na presente investigação é superior às apresentadas por estudos de autores como Matos *et al.* (2012), Feijão (2011) e Nunes (2009).

A idade média da experimentação de tabaco, no presente estudo, foi de 12,49 anos. No sexo masculino a idade média da experimentação foi de 11,95 anos e no sexo feminino foi de 12,85 anos.

Segundo dados do estudo do ECATD-ESPAD 2011, a iniciação do consumo de tabaco ocorre, maioritariamente, entre os 13 e os 16 anos, sendo que 34% dos adolescentes reportaram ter experimentado fumar com idades compreendidas entre os 15 e 16 anos (Feijão, Lavado, Calado, 2011).

Precioso *et al.* (2012b) constatou que a idade de experimentação de tabaco para os adolescentes portugueses era, em média, aos 12,7 anos, com os rapazes a experimentar mais cedo (12,3 anos) do que as raparigas (13 anos).

Em ambas as investigações são apresentadas idades médias de início superiores à verificada no presente estudo. Sobre a experimentação por sexo, Precioso *et al.* (2012) apresenta conformidade no aspeto de os rapazes experimentarem fumar mais cedo do que as raparigas.

Okoli, Greaves e Fagyas (2012) realizaram um estudo meta-analítico do qual concluíram que os rapazes tendem a iniciar o consumo de tabaco mais cedo do que as raparigas. Este estudo confirma a tendência da experimentação da presente amostra.

Dos adolescentes que experimentaram fumar, 57,9% não fuma, 30,3% tornou-se fumador regular e 11,8% fumador ocasional. Foram mais os rapazes que se tornaram fumadores regulares (37,8%) do que as raparigas (25%). Por outro lado, foram mais as raparigas que reportaram fumar ocasionalmente (15,5%) face aos rapazes (9,5%). As diferenças entre o sexo e o comportamento tabágico de quem já experimentou fumar não são estatisticamente significativas ( $p=0,172$ ).

Relativamente à percentagem dos adolescentes que, efetivamente, consumiram tabaco nos últimos 30 dias, constatou-se que cerca de 19,7% reportaram ter fumado, enquanto 80,4% não fumou.

Dados do INME sobre os adolescentes açorianos apresentam uma prevalência do consumo de tabaco (30 dias) de 25% (Feijão, 2011). A prevalência obtida na nossa investigação é inferior à verificada por Feijão (2011). No entanto, apesar de a comparação destes valores não ser exequível devido ao instrumento de recolha de dados ser diferente, a menor prevalência obtida na nossa investigação pode levar à reflexão de que os adolescentes omitiram a informação verdadeira no preenchimento do questionário. A existência deste viés foi controlada pelo facto de o questionário ser anónimo e ter sido aplicado nas salas de aula. Por outro lado, a diferença temporal na recolha de dados do INME que decorreu em 2011 e a recolha dos dados do presente estudo que decorreu em 2013 podem mostrar, efetivamente, uma redução do consumo de tabaco nos últimos 30 dias. Sugere-se a realização de estudos futuros para esclarecer as diferenças encontradas.

Dados nacionais do INME apresentaram uma prevalência de consumo atual (30 dias) de 18%, em 2011. Valor inferior ao verificado na presente investigação.

O consumo médio de cigarros por dia (últimos 30 dias) na amostra em estudo foi de 6,61 cigarros. Mais de metade (51%) dos adolescentes, que fumou nos últimos 30 dias, reportou ter consumido entre 5 a 10 cigarros, em média, por dia.

O número de cigarros fumado por dia encontrado na nossa investigação é muito superior ao constatado por Ferreira *et al.* (2013). Estes autores verificaram que dos adolescentes que reportaram ter fumado nos últimos 30 dias, cerca de 49,4% referiu ter consumido “um ou menos cigarros por dia”, enquanto 33,5% mencionaram ter fumado de “2 a 5 cigarros por dia”.

Os dados sobre o elevado número de cigarros fumados por dia tornam-se preocupantes porque, além de serem valores muito superiores ao que está documentado sobre Portugal Continental para estas faixas etárias, podem sugerir que os atuais adolescentes se tornem adultos que fumem tanto, ou mais, que os atuais adultos da RAA. Este consumo torna-se muito preocupante porque os homens e mulheres da RAA apresentam o consumo médio de cigarros fumados por dia mais elevado de Portugal (Machado, Nicolau, Dias, 2009).

A principal motivação reportada pelos adolescentes para experimentar fumar foi a “curiosidade em experimentar a sensação de fumar” (84,7%). A “influência dos amigos” e o “fácil acesso e disponibilidade” surgem como o segundo e terceiro motivos mais referidos, respetivamente.

Estes dados seguem a tendência do que é referido em vários estudos nacionais e internacionais.

Nunes (2009) constatou que a curiosidade para experimentar fumar é o motivo que mais se destacou (61%) entre os adolescentes do 2.º ciclo da ilha terceira, seguindo-se as motivações que remetem para as influências sociais (“viam os amigos fumar”; “amigos oferecem cigarros”).

Nos estudos de Precioso *et al.* (2012), Precioso (2008) e Fraga, Ramos, Barros (2006) também a curiosidade surge como a motivação mais referida pelos adolescentes para experimentar fumar e, só depois surgem as influências dos amigos.

Segundo, Okoli, Greaves e Fagyas (2012) os motivos apontados pelos adolescentes para experimentar são “curiosidade/experimentar algo novo/para ver como é”, para “ser socialmente bem aceite pelos amigos”, comportamento reacionário (resposta a uma atitude negativa dada pelos pais ou professores), devido aos amigos fumarem ou para reduzir o “stress”.

Os adolescentes experimentaram fumar, sobretudo, na presença dos amigos(as) (83,1%), sozinho(a) (9%) ou na companhia de outros familiares (além dos pais e irmãos) (9%).

O contexto de iniciação referido pelos adolescentes da amostra coincide com os mencionados por outros autores. Nunes (2004) verificou que no momento da experimentação os adolescentes reportaram ter estado na companhia dos amigos, colegas ou sozinhos. Peixoto (2010) na análise sobre a população açoriana constatou que a experimentação do tabaco ocorreu na companhia dos amigos/colegas, sozinho ou com familiares. A ocorrência da experimentação entre os amigos é, também, confirmada por Okoli, Greaves e Fagyas (2012) através do seu estudo meta-analítico.

Foi estudada a autoeficácia dos adolescentes não fumadores sobre as suas competências em recusar a oferta de cigarros por parte dos amigos. Verificou-se que a grande maioria (83,1%) recusava a oferta, 9,7% “talvez recusasse”, 6,8% “talvez aceitasse” e 0,4% “aceitava de certeza”.

Vitória (2009) e Vitória *et al.* (2011) referem que os adolescentes que não recusarem cigarros quando são oferecidos pelos amigos podem diminuir as suas expectativas acerca das próprias capacidades para recusar cigarros no futuro. Estes autores salientam a importância de estratégias preventivas que incidam no treino de competências de resistência junto dos adolescentes para que estes consigam recusar cigarros quando lhes são oferecidos pelos amigos. Considerando, sobretudo, que a forma mais comum de obter o primeiro cigarro é através dos amigos.

A maioria dos adolescentes que fuma regular e ocasionalmente acredita que consegue deixar de fumar com facilidade (61,1%).

Este valor é superior ao encontrado por Ferreira *et al.* (2013). Estes autores obtiveram 50% de adolescentes que acreditam conseguir deixar de fumar se quisessem. A justificação dos autores para este valor é que pode significar descrença ou desconhecimento

sobre o poder aditivo da nicotina para deixar fumar, mesmo nos adolescentes. A confirmar-se esta argumentação, torna-se preocupante que 61,1% dos adolescentes desta investigação acreditam conseguir deixar de fumar com facilidade.

A maioria dos adolescentes que experimentou fumar reportou ter acesso ao tabaco porque um amigo lhes ofereceu (53,2%) ou porque eles próprios pediram ao amigo (43,9%).

Estes dados são idênticos aos recolhidos por Nunes (2009), tendo verificado que os adolescentes, normalmente, adquirem o tabaco pedindo aos amigos.

Dos adolescentes que experimentaram fumar, apenas 28,8% compraram tabaco nos últimos 30 dias. Destes, 24,4% não teve problemas em comprar tabaco, mesmo sendo menor. Apenas 4,4% dos adolescentes referiu ter-se deparado com vendedores que se recusaram a vender devido à sua idade.

Estes dados mostram que a legislação em vigor sobre a restrição de venda de tabaco a menores, em Portugal, não está a ser cumprida.

Feijão, Lavado, Calado (2011) constataram que um em cada cinco adolescentes de 13 anos e um em cada dois adolescentes de 15 anos consideram fácil ou muito fácil adquirir tabaco.

Num estudo realizado pela DECO, em 2012, constatou que nem sempre se cumpre a proibição de venda de tabaco a menores de 18 anos (Associação Portuguesa Para a Defesa do Consumidor, 2012).

Os locais onde os adolescentes compram, preferencialmente, o seu tabaco são, as máquinas de venda (26%), as tabacarias/lojas (18,9%) ou em restaurantes (13%).

Os autores Ferreira *et al.* (2013) também constataram, à semelhança do presente estudo, que os adolescentes da sua amostra adquirem o seu próprio tabaco nos quiosques ou em máquinas de venda.

O dinheiro para comprar tabaco, na maioria dos casos provém da própria semanada. E, por semana, a maioria dos adolescentes refere gastar menos de 5 euros na compra de tabaco.

É de salientar que o preço dos produtos do tabaco na RAA são muito inferiores aos praticados em Portugal Continental. No período em que se realizou a recolha de dados da presente investigação na ilha Terceira o maço de tabaco mais barato custava 2 euros. Em Portugal Continental o custo do maço de tabaco, no mesmo período, era muito superior.

Esta diferença de preço pode estar relacionada com as elevadas prevalências de consumo e intensidade de cigarros consumidos diariamente na RAA. De acordo com a WHO (2013), a estratégia mais eficaz na redução do consumo de tabaco é o aumento dos preços, sobretudo entre os jovens.

A esmagadora maioria dos adolescentes (91,2%) percebeu ser fácil adquirir tabaco perto da sua escola. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o



comportamento tabágico dos adolescentes e a percepção sobre a facilidade de acesso ao tabaco perto da escola.

A facilidade no acesso ao tabaco perto da escola, pelo elevado número de postos de venda, está associado a um aumento da suscetibilidade dos adolescentes para fumar no futuro (Chan e Leatherdale, 2011). Neste sentido, uma das medidas preventivas que podem minimizar estes efeitos é a restrição do número de postos de venda de tabaco nas imediações das escolas.

A maioria dos adolescentes da amostra perceciona que os pais não fumam (58%), enquanto 28% perceciona que apenas um progenitor fuma e 14% perceciona ambos fumadores.

Entre os adolescentes não fumadores, 22,6% perceciona ambos os pais como fumadores e 28,3% apenas um fumador. Entre os fumadores ocasionais, 47,4% perceciona que apenas um dos progenitores fuma e 15,8% que os dois fumam. Entre os fumadores regulares, 49,1% perceciona que os pais não fumam.

A prevalência percecionada na presente amostra é superior à referenciada por Ferreira-Borges, Filho, Ramos (2006). Estes autores constataram uma prevalência para ambos os progenitores fumadores de 21,3%. Verificaram que o facto de ambos os pais serem fumadores, aumentava em duas vezes, a probabilidade de os filhos serem fumadores.

Estes resultados assentam no pressuposto de que o consumo de tabaco nos pais é descrito como um fator facilitador para os adolescentes percecionarem o hábito de fumar como positivo e socialmente aceite, contribuindo para uma probabilidade elevada de o adolescente fumar no futuro (USDHHS, 2004; AGDHA, 2005).

A análise da **hipótese 5** não encontrou associação entre os hábitos tabágicos dos pais e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, admite-se que as variáveis são independentes ( $p=0,06$ ).

Relativamente aos hábitos tabágicos dos irmãos (e/ou familiares que vivam com o adolescente além dos pais), cerca de 34,9% dos adolescentes percecionam que estes familiares fumam.

Entre os adolescentes que não fumam, a maior parte (68,5%) não vive com irmãos (e/ou familiares que vivam com ele além dos pais) fumadores. Entre os adolescentes que fumam ocasionalmente, 56,3% vive com irmãos (e/ou familiares além dos pais) que fumam. Entre os fumadores regulares, a maioria (59,5%) não vive com irmãos (e/ou familiares além dos pais) que fumem.

Ferreira-Borges, Filho, Ramos (2006) verificaram que o consumo de tabaco entre os irmãos aumentava em duas vezes, a probabilidade de os adolescentes virem a ser fumadores.



A análise da **hipótese 6** não encontrou associação entre os hábitos tabágicos dos irmãos (ou familiares que vivam com o adolescente além dos pais) e o comportamento tabágico do adolescente. Aceita-se que as variáveis são independentes ( $p=0,102$ ).

A maioria dos adolescentes da amostra (30,9%) percebe ter entre “1 e 3 amigos” fumadores. Cerca de 29% dos adolescentes percebe ter “mais do que 7 amigos fumadores, mas não todos” e 24,1% percebe ter “entre 4 a 6 amigos” fumadores.

Os adolescentes que fumam regularmente reportam, mais frequentemente, ter “mais do que 7 amigos fumadores, mas não todos”. Os adolescentes que não fumam são os que, mais frequentemente, reportam não ter amigos fumadores (15,9%). É igual a percentagem de adolescentes que fumam ocasionalmente a perceber ter entre “1 e 3 amigos fumadores” e “mais do que 7 amigos fumadores, mas não todos” (42,9%).

A percepção do adolescente de que o seu amigo fuma, aumenta a probabilidade de este vir a fumar. E, quanto maior o número de amigos fumadores no grupo social, também maior a probabilidade de o adolescente fumar (Tyas e Pederson, 1998; Valente *et al.*, 2013).

Neste sentido, foi testada a **hipótese 7** e foi encontrada associação entre os hábitos tabágicos dos amigos e o comportamento tabágico do adolescente, logo, as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

Relativamente à permissividade dos pais para se fumar em casa, cerca de 57,4% dos adolescentes referiu não ser permitido, enquanto 24,2% mencionou ser permitido e 18,4% reportou ser permitido fumar, por vezes.

Verificou-se que entre os adolescentes não fumadores, a maior percentagem (61,3%) reportou não ser permitido fumar em casa. Entre os adolescentes que fumam ocasionalmente, é igual a percentagem de adolescentes que confirmam a permissividade para se fumar em casa (47,4%) assim como os que negam (47,4%). Entre os fumadores regulares, a maior parte dos adolescentes (43,4%) reporta não ser permitido fumar em casa.

Estes dados sugerem o que foi referido na revisão da literatura sobre os pais que expressam restrições para fumar dentro de casa, mesmo que sejam fumadores, exercem um efeito protetor sobre o comportamento tabágico dos filhos. Enquanto as atitudes permissivas dos pais têm efeito de preditor da experimentação do consumo do filho (Sasco e Kleihues, 1999; AGDH, 2005).

Foi testada a **hipótese 8** e encontrou-se associação entre a permissividade dos pais para fumar em casa e o comportamento tabágico dos filhos, logo as variáveis não são independentes ( $p^*=0,002$ ).

A grande maioria dos adolescentes (57,6%) não se encontra exposto ao fumo do tabaco em casa. No entanto, 21,2% dos adolescentes é exposto ao fumo do tabaco em casa, diariamente, 6,4% quase todos os dias e 14,8% raramente.

Relativamente ao comportamento tabágico, verificou-se que entre os adolescentes que não fumam, a maioria (63,9%) não esteve exposto ao fumo do tabaco em casa. Cerca de 45% dos fumadores ocasionais esteve exposto diariamente ao fumo do tabaco em casa. Entre os fumadores regulares, cerca de 37,7% dos adolescentes não esteve exposto ao fumo do tabaco em casa, enquanto 28,3% estiveram expostos diariamente.

Precioso, Macedo, Rebelo (2007) apresentaram taxas de exposição dos adolescentes ao fumo do tabaco dos pais/irmãos em casa, diárias e ocasionais, de 38%. E, constataram uma percentagem superior de adolescentes fumadores, diários e semanais, cujos pais também fumam, em relação aos adolescentes fumadores cujos pais não fumam.

A análise da **hipótese 9** encontrou associação entre a exposição do adolescente ao fumo do tabaco em casa e o seu comportamento tabágico, logo, as variáveis não são independentes ( $p^* < 0,001$ ).

Em Portugal é proibido o consumo de tabaco dentro do recinto escolar. Ainda assim, na amostra estudada, cerca de 55,4% dos adolescentes reportaram ter observado fumar dentro do recinto escolar.

Em Portugal, a publicidade aos produtos do tabaco é proibida. No entanto, existem dados que comprovam a existência de publicidade. O Relatório do Infotabaco 2011 concluiu que ainda existe publicidade ao tabaco em Portugal.

O presente estudo constatou que 73,7% dos adolescentes da amostra em estudo observaram publicidade ao tabaco no último ano.

Os sítios em que os adolescentes da amostra mais referiram ter observado publicidade ao tabaco foram os bares (40,4%), a televisão (38,9%) e internet (37,9%).

A observação de publicidade ao tabaco está associada à iniciação do consumo e a um aumento da frequência do uso. Sobretudo, a exposição a imagens positivas sobre o tabaco aumenta a suscetibilidade dos adolescentes para fumar (O'Donohue *et al.*, 2013; Wilkinson *et al.*, 2013).

A **hipótese 10** foi testada e não foi encontrada associação entre a exposição à publicidade ao tabaco e o comportamento tabágico dos adolescentes. Admite-se que as variáveis são independentes ( $p = 0,192$ ).

Relativamente aos conhecimentos sobre o consumo de tabaco e os efeitos na saúde, foram estudados: o conhecimento dos adolescentes sobre reconhecer o tabaco como dependência; conhecimento das consequências do consumo de tabaco na saúde; conhecer que frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde.

A esmagadora maioria dos inquiridos reconhece o tabaco como uma dependência (86,2%). Nunes (2004) ao citar Al-Adawi e Powell (1997) confere que os jovens que não reconhecem a dependência da nicotina possuem uma probabilidade acrescida de se tornarem fumadores.

Relativamente ao conhecimento sobre as consequências do consumo de tabaco na saúde, as mais referidas foram: cancro do pulmão (98,7%), infeções respiratórias (79,5%), cancro da cavidade oral (72,9%), diminuição do peso (50,8%), ataque cardíaco (48,6%), impotência sexual (30%).

A maioria dos adolescentes reconhece o cancro do pulmão, as infeções respiratórias e o cancro da cavidade oral como consequências do consumo de tabaco na saúde.

Cerca de metade dos adolescentes acredita que o consumo de tabaco diminui o peso corporal. Este resultado pode ser indicativo da existência de crenças desenvolvidas sobre o efeito do tabaco no controlo do peso corporal.

Ferreira *et al.* (2013) verificaram que quanto maior o conhecimento que os adolescentes possuem sobre as consequências do consumo de tabaco na saúde, menor é o seu consumo.

Os adolescentes da amostra reconhecem que frequentar ambientes com fumo é prejudicial à saúde. Verifica-se que os adolescentes que fumam regularmente são os que mais referem que não é prejudicial para a saúde frequentar ambientes de fumo.

Foi testada a **hipótese 11** e não foi encontrada associação entre reconhecer o tabaco como dependência e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, assume-se que as variáveis são independentes ( $p=0,719$ ).

Não se encontrou associação entre o conhecimento das consequências do consumo de tabaco na saúde (como o ataque cardíaco, cancro do pulmão, cancro da ORL, cancro da bexiga, infeções respiratórias, aumento de peso, diminuição de peso, outros efeitos) e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, assume-se que as variáveis são independentes (ataque cardíaco,  $p=0,937$ ; cancro do pulmão,  $p^*=0,252$ ; cancro da ORL,  $p=0,415$ ; cancro da bexiga,  $p^*=0,248$ ; infeções respiratórias,  $p=0,613$ ; aumento de peso,  $p^*=0,732$ ; diminuição de peso,  $p=0,548$ ; outros,  $p=0,679$ ).

Encontrou-se associação entre o conhecimento da impotência sexual como consequência do consumo de tabaco na saúde e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

Encontrou-se associação entre o conhecimento de que frequentar ambientes com fumo é prejudicial para a saúde e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo as variáveis não são independentes ( $p^*<0,001$ ).

Sobre as crenças associadas ao consumo de tabaco foram estudadas: a crença da atratividade dos jovens fumadores; crença de os jovens fumadores terem mais amigos; crença de os jovens fumadores se sentirem mais confortáveis socialmente.

A maioria dos adolescentes (61,9%) referiram que não existe diferença na atratividade entre os jovens fumadores e os não fumadores. Cerca de 35,7% dos adolescentes consideram os fumadores menos atraentes.

Ferreira *et al.* (2013) analisou dados sobre a representatividade que o consumo de tabaco tem na atratividade dos adolescentes. Verificou que os rapazes consideram as raparigas fumadoras menos atrativas e as raparigas consideram não haver diferença na atratividade de um rapaz ser, ou não, fumador. No entanto, os fumadores tendem a considerar os outros fumadores mais atraentes, em comparação com os não fumadores.

Relativamente à crença de que os jovens fumadores possuem mais amigos, cerca de 64,6% dos adolescentes mencionaram que não existe diferença e 27,2% referiram que têm mais amigos.

Ferreira *et al.* (2013) verificaram que existe uma maior percentagem de rapazes do que raparigas com a percepção de que os fumadores possuem menos amigos que os não fumadores.

A crença de que fumar ajuda os jovens a sentirem-se mais confortáveis socialmente é verificada em 37,6% dos adolescentes. No entanto, a maioria dos adolescentes (58%) referiu que “não faz diferença”.

Foi testada a **hipótese 12** e encontrou-se associação entre a crença que os adolescentes possuem sobre os jovens fumadores serem mais atraentes e o comportamento tabágico dos adolescentes. Logo, as variáveis não são independentes ( $p^*=0,003$ ). Em certa forma estes resultados confirmam as expectativas e as representações associadas ao consumo de tabaco nos jovens.

Não se encontrou associação entre a crença que os adolescentes têm sobre os jovens fumadores possuírem mais amigos e o seu comportamento tabágico, logo assume-se que as variáveis são independentes ( $p^*=0,456$ ).

No entanto, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, é de notar a existência de uma percentagem elevada entre os adolescentes não fumadores acreditarem que os jovens fumadores possuem mais amigos (29,4%).

Não se encontrou associação entre a crença que os adolescentes possuem sobre os jovens fumadores sentirem-se mais ou menos confortáveis socialmente e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo aceita-se que as variáveis são independentes ( $p^*=0,086$ ).

No âmbito das atitudes dos adolescentes sobre ações preventivas ou participação em atividades sobre o tabagismo tem-se as seguintes informações:

Mais de metade dos adolescentes (55,3%) referiram que os avisos de saúde nas embalagens de tabaco não influenciam a sua decisão em fumar. A maioria dos adolescentes (81,7%) concorda que se coloquem pictogramas nos maços de tabaco alusivos às consequências do consumo de tabaco na saúde. Sobre a proibição de se fumar em locais de diversão noturna frequentados por jovens, a maioria dos adolescentes (59,5%) concorda com a restrição.

A identificação destas atitudes torna-se importante para o conhecimento do impacto que determinadas medidas preventivas venham a exercer nos adolescentes. Pois a colocação de pictogramas e avisos de saúde nos maços de tabaco reduzem o número de crianças que começa a fumar e contribui para os fumadores deixarem de fumar (WHO, 2013).

No âmbito da abordagem do tema do tabagismo nas aulas, cerca de 72,4% dos adolescentes reportaram ter falado.

Foi testada a **hipótese 13** e não se encontrou associação entre a abordagem do tema do tabagismo nas aulas e o comportamento tabágico dos adolescentes, logo, aceita-se que as variáveis são independentes ( $p=1,104$ ).

Relativamente à participação em atividades sobre o tabagismo, no último ano letivo, cerca de metade (51,9%) afirmou ter participado.

Foi testada a **hipótese 13** contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,828$ ).

A presente investigação não contemplou o estudo de todos os fatores associados ao consumo de tabaco. Em parte devido à limitação de recursos para avaliar corretamente os fatores como, por exemplo, a autoestima.

À luz dos resultados obtidos nesta investigação é importante analisar que apesar de não se ter conseguido atingir as condições teóricas inicialmente definidas no plano da amostragem, considera-se que esta amostra tem robustez suficiente para os seus resultados serem considerados na análise do consumo de tabaco nos adolescentes da ilha Terceira.

#### **4.1. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO**

A presente investigação apresentou algumas limitações e dificuldades que surgiram ao longo da sua realização.

A utilização de um estudo do tipo transversal proporciona vantagens, como a rápida recolha de dados e custos reduzidos. No entanto, os dados recolhidos permitem apenas descrever a presente situação para os adolescentes com as características da amostra e não é possível prever tendências.

O questionário usado na recolha de dados permitiu a rentabilização do tempo no processo de aquisição de dados. O anonimato e a confidencialidade do instrumento utilizado tinham por objetivo adquirir dados verdadeiros junto dos adolescentes. No entanto, não se pode verificar que as respostas dos adolescentes tenham sido totalmente verdadeiras.

A validade interna do questionário pode ter sido comprometida porque este instrumento continha questões que implicavam os adolescentes auto reportarem comportamentos ou atitudes, os quais podem ter sido sub ou sobrestimados. A utilização de

questões que exigem aos adolescentes que se lembrem do que já fizeram há algum tempo (p.e. idade em que experimentou fumar) podem induzir em enviesamentos por recorrerem à memória. Os adolescentes também podem ter-se sentido intimidados por revelar as verdadeiras respostas, mesmo sendo anónimo, e responder informações “socialmente aceites”.

Algumas questões do questionário não foram suficientemente claras e concisas ao ponto de se extrair informação para poder ser trabalhada.

A validade externa do estudo pode ser comprometida porque se utilizou uma amostra para recolha de dados, em vez da população dos adolescentes do 9.º ano de escolaridade da ilha Terceira, devido à limitação temporal. Deste modo, os resultados obtidos necessitam de confirmações em estudos posteriores na mesma área e com maior dimensão. A interpretação dos resultados obtidos no presente estudo necessitam de um rigor extremo para se generalizar os dados porque os restantes adolescentes que não foram inquiridos podem diferenciar-se muito dos que foram incluídos na amostra. Isto pode comprometer a representatividade e validade dos resultados.

## 5. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A presente investigação permitiu um melhor conhecimento sobre o comportamento face ao consumo de tabaco reportado pelos adolescentes escolarizados da ilha Terceira e caracterizar alguns fatores associados.

A amostra apresentou uma prevalência de consumo regular, ocasional e de experimentação de tabaco superiores às médias nacionais.

A idade média de início de consumo na amostra mostrou ser mais precoce que os dados nacionais. Estes dados sugerem a realização de estudos futuros com vista a analisar os fatores subjacentes à idade de iniciação de consumo mais precoce de todo o país.

Existe uma maior percentagem de rapazes que consome regularmente tabaco do que raparigas. No entanto, as raparigas apresentam uma maior percentagem no consumo ocasional e experimentaram fumar mais que os rapazes.

O consumo de tabaco nos adolescentes do 9.º ano de escolaridade na ilha Terceira assume valores muito preocupantes comparados aos registados em âmbito nacional. Este resultado mostra o quanto é necessário implementar estratégias de prevenção e controlo do tabagismo entre os adolescentes da ilha Terceira.

A experimentação do consumo de tabaco ocorreu, maioritariamente, devido à curiosidade e na companhia dos amigos. É relevante a importância dos amigos no contexto da experimentação, embora seja a curiosidade o motivo que mais leva adolescentes a experimentar fumar. Não foi possível determinar os fatores subjacentes à “curiosidade”, por isso sugere-se que no futuro sejam elaborados estudos que permitam um melhor conhecimento sobre o principal motivo referido pelos adolescentes desta amostra para experimentar fumar.

Este estudo possibilitou o conhecimento sobre o cumprimento da lei que visa restringir a venda de tabaco a menores de 18 anos na ilha Terceira. Verificou-se que os adolescentes compram o seu próprio tabaco e apenas uma pequena percentagem foi confrontada com a recusa de venda de tabaco devido à idade.

Apesar das restrições legislativas sobre a proibição da publicidade ao tabaco em Portugal, uma considerável percentagem de adolescentes da amostra reportou ter observado publicidade ao tabaco em vários sítios ao longo do último ano. A publicidade que os adolescentes da ilha Terceira reportaram ter observado, pode ser direta ou indireta e merece ser investigada na medida em que é importante determinar até que ponto a lei está a ser cumprida.

De uma forma geral, as variáveis associadas ao comportamento tabágico foram: o “desempenho escolar”, os “hábitos tabágicos dos amigos”, a “permissividade dos pais para



fumar em casa”, a “frequência à exposição ao tabaco em casa”, os conhecimentos da “impotência sexual” como consequência do consumo de tabaco e do “dano à saúde em frequentar ambientes com fumo”, assim como a crença de que os “jovens fumadores têm mais amigos”.

Pode-se concluir que o comportamento tabágico é socialmente aprendido. Os pais, amigos, professores, profissionais de saúde e todos aqueles considerados “modelos sociais” para o adolescente são responsáveis pelas mensagens que transmitem para o adolescente em relação ao tabaco.

O consumo de tabaco é um problema com transcendência social. Os jovens e a população, em geral, não considera o tabaco como um problema.

Este consumo ainda é socialmente aceite e por isso é muito importante que as pessoas sejam informadas dos perigos do seu consumo para a saúde. A literacia em saúde exerce um efeito protetor no consumo de tabaco. Deste modo, a aposta na educação para a saúde é uma das armas na prevenção e junto com medidas legislativas, cria a oportunidade de melhorar o controlo do tabagismo.

Dada a importância da família esta deve envolver-se ativamente em estratégias preventivas. As estratégias antitabágicas na família, na escola, na comunidade e políticas de restrição de fumo em espaços públicos são ferramentas úteis na prevenção do consumo de tabaco entre os adolescentes.

Recomenda-se que os meios de comunicação social participem ativamente em campanhas antitabágicas de forma a mostrar o perigo do consumo de tabaco na saúde visando atingir o maior número de pessoas possível.

Parece ser relevante destacar que a RAA apresenta o menor preço nos produtos do tabaco em Portugal. Esta situação merece uma análise cuidada porque, tendo em conta que a um aumento dos preços dos produtos do tabaco sucede uma redução no consumo e diminuição da iniciação do consumo de tabaco. Esta medida parece ser, sobretudo, efetiva entre os jovens e grupos socioeconómicos desfavorecidos. Desta forma, o aumento dos preços dos produtos do tabaco apresenta-se como uma estratégia importante na prevenção da iniciação e no controlo do consumo naquela que é a região com prevalências de consumo mais elevadas, tanto nos adolescentes como nos adultos, em Portugal.

A implementação de estratégias preventivas em adolescentes deve promover o desenvolvimento e treino de competências, assertividade e capacidade para recusar a oferta de cigarros.

As diferenças no género sobre o comportamento tabágico têm vindo a ser muito debatidas. O conhecimento dessas diferenças pode proporcionar uma melhor orientação e adequação das estratégias preventivas a implementar por forma a serem mais efetivas.



Em investigações futuras, sugere-se o estudo dos fatores associados ao consumo de tabaco nos adolescentes recorrendo a métodos de recolha de dados que permitam um melhor entendimento das motivações, crenças e representatividades que o consumo de tabaco assume para os adolescentes. Como exemplos, tem-se a entrevista ou técnicas de *focus group*.

Existem poucas investigações que caracterizam o consumo de tabaco nos adolescentes da RAA. A caracterização do consumo por ilha é igualmente deficitária.

Das investigações tornadas públicas esta apresenta-se como a pioneira a estudar uma amostra de adolescentes do 9.º ano de escolaridade na ilha Terceira sobre o seu comportamento face a este consumo.

As elevadas prevalências dos consumos de tabaco, tanto nos adolescentes como nos adultos, e uma fraca monitorização do consumo no panorama regional revelam a urgência de um estudo transversal às nove ilhas dos Açores. O estudo deve contemplar amostras representativas, por sexo e idade, em todas as ilhas visando a determinação do padrão de consumo e fatores associados.

Os resultados obtidos nesses estudos poderão contribuir para a realização de políticas regionais de controlo do consumo de tabaco e prevenção da iniciação, porque o essencial é nem começar a fumar.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, M. *et al.* – The relationship between school policies and youth tobacco use. *Journal of School Health*. American School Health Association. Vol. 79. N.º1. (January 2009).

AJZEN, I. – The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (1991), 179-211.

ALVAREZ, M. – Representações cognitivas e comportamentais sexuais de risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual. Lisboa: 2005. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

ARY, D. *et al.* – Development of Adolescent Problem Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 27, N.º2 (1999). 141-150.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA A DEFESA DO CONSUMIDOR. *Teste Saúde*, n.º98, agosto/setembro 2012. DECO. Lisboa.

AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING [AGDHA] – Youth tobacco prevention. Literature Review. Project number 3032. EURELA Strategic Research. 2005.

BIERUT, L. – Genetic Vulnerability and Susceptibility to Substance Dependence. *Neuron* 69. Elsevier Inc. 2011.

BRUNO, J. – Fábrica de Tabaco Âncora 2013. [Em linha]. Angra do Heroísmo: Museu de Angra do Heroísmo. Governo Regional dos Açores, 2013. [Consult. 15 Maio. 2013]. Disponível em <http://museu-angra.azores.gov.pt/edicoes/2013/Fabrica-de-tabaco-ancora.pdf>

CARVAJAL, S. *et al.* – Psychosocial Determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*. 27; (2000): 255-265.

CARVAJAL, S. *et al.* – Theory-Based Determinants of Youth Smoking: A Multiple Influence Approach. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 1 (2004): 59-84.

CAVALCA, E. *et al.* – A preliminar experimental investigation of peer influence on risk-taking among adolescent smokers and non-smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 129 (2013) 163-166.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Youth and Tobacco Use. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. 2013 [Em linha] [Consult. 31 Jul. 2013]. Disponível em [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/youth\\_data/tobacco\\_use/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/)

CHALOUPKA, F.; GROSSMAN, M. – Price, Tobacco Control Policies and Youth Smoking. NBER Working Paper 5740. 1996.

CHAN, W.; LEATHERDALE, S. – Tobacco retailer density surrounding schools and youth smoking behaviour: a multi-level analysis. *BioMed Central*. 9:9 (2011).

CHASSIN, L. *et al.* – Parental Smoking Cessation and Adolescent Smoking. *Journal of Pediatric Psychology*. 27.6. (2002). 485-496.

CHEN, C. *et al.* – Disposable income with tobacco smoking among young adolescents: a multilevel analysis. *Journal of Adolescent Health* (2013). 1-7.

CHRISTOPHI, C. *et al.* – Main determinants of cigarette smoking in youth based on the 2006 Cyprus GYTS. *Preventive Medicine* 48. (2009). 232-236.

COLBY, S. *et al.* – Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence* 59 Suppl. 1. (2000) 883-895.

CONRAD, K.; FLAY, B.; HILL, D. – Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *British Journal of Addiction*. 87 (1992). 1711-1724.

CONSTANT, C. *et al.* – Exposição ao fumo do tabaco (EFT) e morbilidade respiratória em crianças em idade escolar. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 17(1). (2011): 20-26.

DIFRANZA, J. *et al.* – Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*; 11. (2002). 228-235.

DIFRANZA, J. *et al.* – Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*. 9: (2000). 313-319.

DITMYER, M. *et al.* – The effect of tobacco and Marijuana use on dental health status in Nevada adolescents: a trend analysis. *Journal of Adolescent Health* 52 (2013). 641-648.

DOLL, R. *et al.* – Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004.

DOLL, R.; HILL, A. – Smoking and Carcinoma of the Lung. Preliminary Report. British Medical Journal. (Setembro 1950). 740 – 748.

ELICKSON, P.; TUCKER, J.; KLEIN, D. – High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. Journal of Adolescent Health. 28: (2001). 465-473.

ERIKSON, M.; MACKAY, J; ROSS, H. – The Tobacco Atlas. Fourth edition. Atlanta: American Cancer Society, 2012.

EUROPEAN COMMISSION. Attitudes of Europeans Towards Tobacco: report. Brussels: TNS Opinion & Social, 2012. (Special Eurobarometer 385).

EUROPEAN COMMISSION – Survey on Tobacco: Analytical report. Flash Eurobarometer 253. Brussels: The Gallup Organization, 2009.

FEIJÃO, F. – Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – 3.º Ciclo. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. IDT/NEI-SICAD/DMI/DEI. 2011.

FEIJÃO, F.; LAVADO, E.; CALADO, V. – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. IDT/NEI. 2011.

FEIJÓ, R; OLIVEIRA, E. – Comportamento de risco na adolescência. Jornal de Pediatria; 77 (Supl.2): (2001). S125-S134.

FERREIRA, M. *et al.* – Hábitos tabágicos dos jovens do 9.º ano: estereótipos sobre fumadores, fatores familiares, escolares e de pares e a relação com o consumo de tabaco. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2013; 31 (1):108-114.

FERREIRA-BORGES, C.; FILHO, H.; RAMOS, P. – Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2.º e 3.º ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 24.2. (Julho/Dezembro 2006): 41-54.

FORJAZ, G. – Incidência do Cancro na Região Autónoma dos Açores 1997-2006. Registo Oncológico Regional dos Açores. Angra do Heroísmo: Centro de Oncologia dos Açores. Governo Regional dos Açores, 2011.

FORTIN, M. – O Processo de Investigação da concepção à realização. Trad. Nídia Salgueiro. 5ª ed. Loures, 2009. ISBN: 978-972-8383-10-7.

FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. – Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(4). (2006). 620-6.

HALPERN-FELSHER, B. *et al.* – Perceived risks and benefits of smoking: differences among adolescents with diferente smoking experiences and intentions. *Preventive Medicine. The Institute For Cancer Prevention and Elsevier Ins.* 39. (2004). 559-567.

HAMMOND, D.; DANIEL, S.; WHITE, C. – The effect of cigarette branding and plain packaging on female youth in the United Kigdom. *Journal of Adolescent Health*. 52. (2013): 151-157.

HIBELL, B. *et al.* – The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. 2012.

HILL, M; HILL, A. – Investigação por questionário. 2ª ed. Lisboa. 2012. ISBN 978-972-618-273-3.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Volume 83. Lyon. 2004.

JACOBS, M. – From the First to the Last Ash: The History, Economics & Hazards of Tobacco. Cambridge: Department of Public Health, 1997.

KOBUS, K. – Peers and Adolescent Smoking. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*. 98 (Suppl 1), (2003) 37-55.

KREMERS, S. – On your marks: Revising, testing and integrating stage models of smoking initiation. Maastricht: Unigraphic Massctricht, 2002.

KREMERS, S. *et al.* - Unplanned smoking initiation: new insights and implications for interventions. *Elsevier. Patient Education and Counseling* 55 (2004): 345-352.

KREMERS, S.; MUDDE, A.; DE VRIES, H. – “Kicking the Initiation”: Do Adolescent Ex-Smokers Differ from other groups within the initiation continuum? *Preventive Medicine* 33, (2001) 392-401.

LIAO, Y. *et al.* – Changes in friends’ and parental influences on cigarette smoking from early through late adolescence. *Journal of Adolescent Health*. (2013) 1-7.

LOUREIRO, I.; MATOS, M.; SARDINHA, L. – Promoção da Saúde. Modelos e Práticas de Intervenção nos âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, 1999.

MACHADO, A.; NICOLAU, R.; DIAS, C. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.

MACKAY, D.; GRAY, L.; PELL, J. – Impact of smoking and smoking cessation on overweight and obesity: Scotland-wide, cross-sectional study on 40,036 participants. BMC Public Health 2013 13:348.

MACKAY, J; ERIKSON, M. – The Atlas Tobacco. Geneve: World Health Organization, 2002.

MAHABEE-GITTENS,E. *et al.* – The role of family influences on adolescent smoking in diferente racial/ethnic groups. Nicotine & Tobacco Research, Vol. 14. N.º3 (2012): 264-273.

MAHABEE-GITTENS,E., *et al.* – The dynamic role of parental influences in preventing adolescent smoking initiation. Addictive Behaviors. 38 (2013): 1905-1911.

MATOS, M. *et al.* – A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Lisboa: Aventura Social e Saúde, 2012.

MATOS, M. *et al.* – Adolescentes e o Tabaco. Rapazes e Raparigas. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/ Universidade Técnica de Lisboa, Conselho de Prevenção do Tabagismo, 2003a.

MAYET. A., *et al.* – Transitions between tobacco and cannabis use among adolescents: a multi-state modeling of progression from onset to daily use. Addictive Behaviors. 36 (2011) 1101-1105.

MILTON, M. *et al.* – Youth Tobacco Cessation. A Guide for Making Informed Decisions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.

MORGENSTERN, M. *et al.* – Smoking in Movies and Adolescent Smoking Initiation. Longitudinal Study in Six European Countries. American Journal of Preventive Medicine. 44(4) (2013): 339-344.

NOGUEIRA, P. *et al.* – INFOTABAC Relatório: Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da lei do tabaco. [Em linha] Lisboa: Direcção-Geral da Saúde e Instituto Nacional

de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2011. [Consult. 25 Set. 2012]. Disponível em [http://www.coppt.pt/attachments/186\\_201103-i014123.pdf](http://www.coppt.pt/attachments/186_201103-i014123.pdf)

NUNES, C. – Caracterização do consumo de tabaco, numa população do 2.º ciclo do ensino básico, da Ilha Terceira. Lisboa: Tese de Mestrado em Saúde Escolar, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2009.

NUNES, E. – Consumo de Tabaco. Efeitos na Saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 22. (2006), 225-44.

NUNES, R. – Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 22, N.º2 – Julho/Dezembro, 2004.

O'DONOHUE, W. *et al.* – Handbook of Adolescent Health Psychology. New York: Springer, 2013.

O'LOUGHLIN, J. *et al.* – Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. American Journal of Epidemiology. Vol. 170, N.º5 (2009): 585-597.

OKOLI, C.; GREAVES, L.; FAGYAS, V. – Sex differences in smoking initiation among children and adolescents. Public Health (2012): 1-8.

OPENEPI – Estatísticas epidemiológicas de código aberto para a Saúde Pública. 2013. Disponível em [http://www.openepi.com/v37/Menu/OE\\_Menu.htm](http://www.openepi.com/v37/Menu/OE_Menu.htm)

OTTEN, R.; ENGELS, R.; PRINSTEIN, M. – A prospective study of perception in adolescent smoking. Journal of Adolescent Health 44 (2009). 478-484.

PEIXOTO, A. – Dependências e outras violências... Estudo comparado 2004-2009. Ponta Delgada: Edições Macaronésia, 2010.

PIERCE, J. *et al.* – The role of curiosity in smoking initiation. Addictive Behaviors 30 (2005) 685-696.

PIERCE, J.; GILPIN, E. – How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? American Journal of Public Health. Vol. 86, N.º2 (1996): 253-256.

PORTUGAL. INE - Estatísticas Agrícolas 2012. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2013. [Consult. 20 Jul. 2013]. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=153380933&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=153380933&PUBLICACOESmodo=2)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Consumos de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. Núcleo de Educação para a Saúde, 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Cessação Tabágica. Programa-tipo de actuação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2009.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Portugal. Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2013. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2013.

PORTUGAL. MS. CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES – Registo Oncológico Regional dos Açores. [Em linha]. Angra do Heroísmo: Centro de Oncologia dos Açores, 2013a. [Consult. 6 Dez. 2013]. Disponível em <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B6c0f223a-344d-4caf-a989-04ea3a05ad4f%7D.htm>

PORTUGAL. MS. CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES – Registo Oncológico Regional dos Açores. [Em linha]. Angra do Heroísmo: Centro de Oncologia dos Açores, 2013b. [Consult. 6 Dez. 2013]. Disponível em <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B1f7ea8e1-3672-483e-8bed-cb05fffe3dfd%7D.htm>

PRECIOSO, J. – Factores de risco relacionados com as várias fases da “carreira” de fumador: implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*. 2 (XXVI) 2008. 177-192.

PRECIOSO, J. *et al.* – Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas? *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2012b; 18(4):182-187.

PRECIOSO, J., *et al.* – Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro. *Millenium*, 42. (janeiro/junho 2012a). 7-25.

PRECIOSO, J.; MACEDO, M.; REBELO, L. – Relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos: implicações para a prevenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23 (2007). 259-66.

PRECIOSO, J.; MACEDO, M. – Bases Científicas para a Prevenção do Consumo de Tabaco na Escola. 84, III Série (Janeiro/Fevereiro 2004). 13-21.

RACHIOTIS, G., *et al.* – Determinants of exposure to environmental tobacco smoke among non smoking adolescents (Aged 11-17 years old) in Greece: Results from the 2004-2005



GYTS Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 7. (2010). 284-290.

RUSSEL, N. – Manual de Educação para a Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 1996 (p.8-13).

SASCO, A.; KLEIHUES, P. – Why can't we convince the young not to smoke?. European Journal of Cancer, Vol.35, N.º14. (1999). 1933-1940.

SCHLAUCH, R., *et al.* – The moderating effect of family involvement on substance use risk factors in adolescents with severe emotional and behavioral challenges. Addictive Behaviors 38 (2013). 2333-2342.

SERVIÇO REGIONAL DE ESTATÍSTICA DOS AÇORES – Censos 2011. Resultados Preliminares. Governo Regional dos Açores. 2011. Disponível em <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B93c000f3-e5fc-4083-9efb-86f5138810e7%7D.pdf>

SILVA, M.; SILVA, R.; BOTELHO, C. – Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 34 (11): (2008): 927-935.

TJORA, T. *et al.* – Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development: a longitudinal latent curve model analysis. BMC Public Health. (2011). 11:911.

TYAS, S.; PEDERSON, L. – Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. Tobacco Control; 7: (1998): 409-420.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – How Tobacco Smoke Causes Disease. The Biology and Behavioral Basis for Smoking- Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, D.C.: Office on Smoking and Health. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

US DEPARTMENT OF HUMAN AND HEALTH SERVICES – Preventing tobacco use among youth and young adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.

US DEPARTMENT OF HUMAN AND HEALTH SERVICES – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Ga. 2006

US DEPARTMENT OF HUMAN AND HEALTH SERVICES – Youth & Tobacco. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. Washington, D.C. 1994.

VALENTE, T. *et al.* – A comparison of peer influence measures as predictors of smoking among predominately Hispanic/Latino high school adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013). 358-364.

VITÓRIA, P. – O Impacto da Influência Social na Intenção de Fumar e no Comportamento Tabágico dos Adolescentes Portugueses. Lisboa: 2009. Tese de Doutoramento em Psicologia Social e Organizacional, apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa.

VITÓRIA, P. (2004). Paradigmas atuais. In C. Ferreira-Borges & H. Filho (Coords.), *Tabagismo. Usos, abusos e dependências*. Manual técnico 3 (p.215). Lisboa: Climepsi Editores.

VITÓRIA, P. *et al.* – The impact of social influence on adolescent intention to smoke: Combining types and referents of influence. *British Journal of Health Psychology*. 14 (2009). 681-699.

VITÓRIA, P.; SILVA, S.; DE VRIES, H. – Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. 45(2). (2011). 343-54

WELLMAN, R. *et al.* – The extent to which tobacco marketing and tobacco use in Films contribute to children's use of tobacco. *American Medical Association*. 160. (2006):1285-1296.

WILKINSON, A. *et al.* – Exposure to pro-tobacco messages and smoking status among mexican origin youth. *Journal Immigrant Minority Health*. Springer Science. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Tobacco Fact Sheet Nº339, 2013 [Em linha] [Consult. 31 Jul. 2013]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO Global Report Mortality Attributable to Tobacco, 2008a. [Em linha]. Geneve: World Health Organization, 2008 [Consult. 1 Maio. 2012]. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. Fresh and alive. MPOWER. [Em linha]. Geneve: World Health Organization, 2008b [Consult. 1 Maio. 2012]. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco [Em linha] Geneve: World Health Organization, 2011 [Consult. 15 Out. 2012]. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf)

# **ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS CONSELHOS EXECUTIVOS DAS ESCOLAS**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Lisboa, 1 Fevereiro de 2013

**Para:** Exmo. Sr.

Presidente do Conselho Executivo da Escola

Morada

**De:** Diana Parreira Mendonça

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa

TM: 916399285, Correio eletrónico: [d.parreiramendonca@gmail.com](mailto:d.parreiramendonca@gmail.com)

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário junto dos alunos do 9º Ano

Exmo. Senhor Presidente Do Conselho Executivo da Escola Secundária Vitorino Nemésio

Sou Diana Parreira Mendonça, aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa e encontro-me a realizar um trabalho de investigação sobre o *Consumo de Tabaco entre os Jovens* a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Emília Nunes, Professora na Escola Nacional de Saúde Pública.

Procuo caraterizar a população jovem açoriana, tendo como amostra os alunos do 9ºano, relativamente à sua predisposição para a adoção de comportamentos relacionados com a iniciação do consumo de tabaco para que se possa, no futuro, realizar programas de prevenção mais efetivos numa população que tem os maiores índices de consumo entre todas as regiões de Portugal.

Face ao exposto, gostaria de solicitar a colaboração científica no sentido de viabilizar o processo de colheita de dados, através da aplicação de um questionário auto preenchível destinado aos alunos deste estabelecimento de ensino.

Os dados obtidos serão confidenciais e utilizáveis apenas para fins de investigação, sendo esta naturalmente conduzida de acordo com todas as regras da deontologia profissional.

Para vosso conhecimento, apenso o questionário a ser aplicado.

Relativamente ao cronograma que proponho seguir-se para aplicar o questionário é apresentado em seguida:

Tarefas		Calendarização														
		Fevereiro (Dias)													Março (Dias)	
		14	15	16/17	18	19	20	21	22	23/24	25	26	27	28	1	2/3
1	Autorização do Conselho Executivo à aplicação do questionário.															
2	Reunir com os Docentes (Diretores de Turma) do 9.º ano sobre a possibilidade de aplicar os questionários em sala de aula.															
3	Distribuir os pedidos de autorização para os encarregados de educação.															
4	Recolher os pedidos de autorização para os encarregados de educação.															
5	Aplicar e recolher os questionários aos alunos do 9.º ano em sala de aula.															

Coloco-me desde já ao vosso inteiro dispor para fornecer quaisquer esclarecimentos adicionais que entender necessários.

Muito atentamente,

Peço deferimento urgentemente,

Diana Parreira Mendonça

Mestranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa

Anexo:

1) Questionário

## ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DOS ADOLESCENTES

### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação:

Após contato prévio com o Conselho Executivo, venho por este meio solicitar a sua autorização para o preenchimento de um questionário pelo seu educando. Neste questionário (que se encontra disponível para consulta junto do Conselho Executivo) é garantida a confidencialidade das respostas, não sendo colocadas questões de foro íntimo.

O questionário insere-se num trabalho de investigação sobre o consumo de tabaco entre os jovens, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Emília Nunes, no âmbito do Curso de Mestrado de Saúde Pública, a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

A recolha de informação junto dos jovens é fundamental para uma melhor compreensão dos fatores que determinam a saúde.

A aplicação deste questionário será desenvolvida nas escolas da Ilha Terceira que lecionam o 9º ano, pelo que a participação do seu educando se reveste da maior importância.

Desta forma, solicito que autorize o seu educando a responder, em situação de sala de aula, ao referido questionário. Peço-lhe que assine e devolva este pedido de autorização ao Diretor de Turma. Agradeço a sua preciosa colaboração!

Muito Obrigada!

Diana Parreira Mendonça ([d.mendonca@ensp.unl.pt](mailto:d.mendonca@ensp.unl.pt))

Mestranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública  
Universidade Nova de Lisboa

---

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), Encarregado de  
Educação do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ (nome  
completo), nº \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_º ano de escolaridade, declaro que,

☐

**Autorizo** o preenchimento pelo meu educando do questionário relativo ao estudo sobre o Consumo de Tabaco entre os Jovens.

☐

**Não Autorizo** o preenchimento pelo meu educando do questionário relativo ao estudo sobre o Consumo de Tabaco entre os Jovens

O Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_  
(Assinatura legível)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

## **ANEXO III – QUESTIONÁRIO**

### **Consumo de Tabaco entre os Jovens**

O questionário que se segue insere-se num trabalho de investigação sobre o consumo de tabaco entre os jovens, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Emília Nunes, no âmbito do Curso de Mestrado de Saúde Pública, a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

A recolha de informação junto dos jovens é fundamental para uma melhor compreensão dos fatores que determinam a saúde. É por isso que as tuas respostas são tão importantes, sendo a tua colaboração fundamental.

O desenho deste questionário tem o parecer favorável de um conjunto de peritos no tema. O questionário é anónimo e qualquer dado aqui recolhido é totalmente confidencial. A informação recolhida será analisada globalmente, nunca sendo reportada informação ao nível individual.

No início do questionário são apresentadas as instruções de preenchimento. É extremamente importante que respondas a todas as questões para que os dados possam ser úteis. Não existem respostas certas ou erradas, o mais importante são os conhecimentos, as tuas atitudes, os teus comportamentos em relação ao consumo de tabaco.

O preenchimento deste questionário leva entre 10 a 15 minutos. Lembra-te que este deve ser respondido individualmente e não em grupo.

Agradeço a tua disponibilidade em participar neste estudo. Sem a tua participação seria impossível realizar esta investigação que vai ajudar muitos jovens como tu a proteger e promover a sua saúde.

Por favor, vira a página e começa a responder.

**Lê com atenção e responde a todas as questões.**

Muito obrigada!

Diana Parreira Mendonça

Mestranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública  
Universidade Nova de Lisboa.

Se tiveres alguma dúvida acerca deste questionário podes contactar-me para:

Diana Parreira Mendonça ([d.mendonca@ensp.unl.pt](mailto:d.mendonca@ensp.unl.pt))

## Questionário

**Responde às questões seguintes escolhendo a resposta que melhor se adequa a ti. As perguntas em que é possível escolher mais do que uma opção de resposta estão devidamente assinaladas.**

**Assinala com uma cruz (X) a(s) resposta(s) que escolheres.**

1. Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

2. Que idade tens?

- ☐ |\_\_|\_\_| anos completos.
- ☐ Não respondo.

3. Alguma vez na vida experimentaste fumar tabaco, mesmo que tenha sido apenas uma ou duas “passas”?

- ☐ Sim.
- ☐ Não. (**Avança para a pergunta 28**)
- ☐ Não respondo.

4. Que idade tinhas quando experimentaste fumar tabaco pela primeira vez?

- ☐ |\_\_|\_\_| anos completos.
- ☐ Não respondo.

5. Quais os motivos que te levaram a experimentar fumar tabaco? (**Podes escolher mais que uma resposta**)

- ☐ Influência dos amigos.
- ☐ Influência da família.
- ☐ Influência de filmes.
- ☐ Influência de revistas e jornais.
- ☐ Influência da televisão.
- ☐ Fácil acesso e disponibilidade.
- ☐ Acreditar que quem fuma é “cool”.
- ☐ Para me integrar melhor no grupo de amigos.
- ☐ Curiosidade em experimentar a sensação de fumar tabaco.
- ☐ Tomei bebidas alcoólicas e apeteceu-me fumar tabaco.
- ☐ Consumi drogas ilícitas e apeteceu-me fumar tabaco.
- ☐ Tomei medicamentos e apeteceu-me fumar tabaco.
- ☐ Envolvi-me numa situação de violência e apeteceu-me fumar tabaco.
- ☐ Outro motivo. (**Específica:** Qual? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

6. Qual o tipo de tabaco que costumavas ou costumavas fumar?

- ☐ Maço de cigarros.
- ☐ Cigarros avulso (à unidade).
- ☐ Embalagem de tabaco de enrolar.
- ☐ Tabaco de enrolar avulso.
- ☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- ☐ Não sei/Não respondo.



**7. Como costumavas ou costumavas ter acesso ao tabaco? (*Podes escolher mais que uma resposta*)**

- ☐ Dou/dava dinheiro a alguém para me comprar.
- ☐ Compro/comprava o meu próprio tabaco.
- ☐ Um amigo ofereceu-me/oferece-me.
- ☐ Uma pessoa mais velha ofereceu-me/oferece-me.
- ☐ Pedi/peço a um amigo.
- ☐ Pedi/peço a uma pessoa mais velha.
- ☐ Roubei/roubo tabaco.
- ☐ Arranjei/arranjo tabaco de outra forma. (*Específica:* \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**8. Nos últimos 30 dias alguém se recusou a vender-te tabaco devido à tua idade?**

- ☐ Não tentei comprar tabaco nos últimos 30 dias.
- ☐ Sim, houve quem recusasse vender-me tabaco devido à minha idade.
- ☐ Não, a minha idade não me impediu de comprar tabaco.

**9. Normalmente, em que locais compras ou compravas tabaco? (*Podes escolher mais que uma resposta*)**

- ☐ Não compro/comprava tabaco.
- ☐ Na tabacaria/loja.
- ☐ Num restaurante/bar.
- ☐ Num supermercado.
- ☐ Num vendedor ambulante.
- ☐ Numa máquina de venda.
- ☐ Na Internet.
- ☐ Comprei de outra forma. (*Específica:* \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**10. Já experimentaste fumar outro tipo de tabaco (como cigarrilha, cachimbo, charuto, etc.)?**

- ☐ Sim. (*Específica:* Qual? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**11. Com quem estavas quando fumaste a primeira vez? (*Podes escolher mais que uma resposta*)**

- ☐ Sozinho/a.
- ☐ Com amigos/as.
- ☐ Com namorado/a.
- ☐ Com os pais.
- ☐ Com os irmãos.
- ☐ Com outros familiares (que não os teus pais ou irmãos)
- ☐ Outra pessoa. (*Específica:* Quem? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**12. Nos últimos 30 dias fumaste tabaco?**

- ☐ Não fumei, porque deixei totalmente de fumar. (*Avança para a pergunta 20*)
- ☐ Não fumei, porque apenas experimentei fumar uma ou duas vezes há mais de 30 dias. (*Avança para a pergunta 26*)
- ☐ Ainda fumo, mas não fumei nos últimos 30 dias. (*Avança para a pergunta 14*)
- ☐ Fumei pelo menos um dia por semana, mas não todos os 30 dias.
- ☐ Fumei menos de uma vez por semana.
- ☐ Fumei diariamente nos últimos 30 dias.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**13.** Nos últimos 30 dias, quantos cigarros fumaste, em média, por dia?

- ☐ |\_\_|\_\_| cigarros por dia, em média.
- ☐ Não sei / Não respondo.

**14.** Quando acordas, pela manhã, sentes vontade de fumar?

- ☐ Não. Não sinto vontade de fumar quando acordo pela manhã.
- ☐ Sim. Por vezes sinto vontade de fumar quando acordo pela manhã.
- ☐ Sim. Sinto sempre vontade de fumar quando acordo pela manhã.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**15.** Após acordares ao fim de quanto tempo fumas o primeiro cigarro?

- ☐ Nunca sinto uma grande vontade de fumar depois de ter acordado.
- ☐ Nos primeiros 30 minutos após acordar.
- ☐ Entre 30 minutos e menos de 1 hora após acordar.
- ☐ Entre 1 hora, inclusive, e menos de 2 horas após acordar.
- ☐ Entre 2 horas, inclusive, e menos de 4 horas após acordar.
- ☐ 4 horas, ou mais, após acordar.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**16.** A tua decisão em fumar tem como objetivo: **(Podes escolher mais que uma resposta)**

- ☐ Sentir-me desinibido(a).
- ☐ Sentir-me calmo(a).
- ☐ Ter coragem.
- ☐ Esquecer algum problema.
- ☐ Sentir prazer.
- ☐ Outro. (**Específica:** Qual? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**17.** Na tua opinião, conseguirias deixar de fumar se quisesses?

- ☐ Sim, com facilidade.
- ☐ Sim, mas com dificuldade.
- ☐ Não, decididamente não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**18.** Pretendes deixar de fumar?

- ☐ Sim, nos próximos 6 meses.
- ☐ Sim, mas não sei quando.
- ☐ Sim, estou a tentar.
- ☐ Sim, estou a tentar mas não sei quando.
- ☐ Não, decididamente não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**19.** Já tentaste deixar de fumar alguma vez?

- ☐ Sim, tentei parar uma vez. (**Avança para a pergunta 21**)
- ☐ Sim, tentei parar de fumar mais que uma vez. (**Avança para a pergunta 21**)
- ☐ Nunca. (**Avança para a pergunta 22**)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**20.** Se conseguiste parar de fumar, há quanto tempo foi?

- ☐ Deixei de fumar há menos de 6 meses.
- ☐ Deixei de fumar há 6 meses e menos de 1 ano.
- ☐ Deixei de fumar há 1 ano e menos de 2 anos.
- ☐ Deixei de fumar há 2 anos e menos de 3 anos.
- ☐ Não fumo há três anos ou mais.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**21.** Na última vez que tentaste parar de fumar qual foi o principal motivo?

- ☐ Para melhorar a minha saúde.
- ☐ Para poupar dinheiro.
- ☐ Porque a minha família não gostava.
- ☐ Porque os meus amigos não gostavam.
- ☐ Deixei de gostar.
- ☐ Porque me sentia mal.
- ☐ Outro. (**Específica:** Qual? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**22.** Nos últimos 6 meses recebeste informação para deixar de fumar?

- ☐ Sim.
- ☐ Não. (**Avança para a pergunta 24**)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**23.** Como obtiveste a informação para te ajudar a deixar de fumar? (**Podes escolher mais que uma resposta**)

- ☐ Em programas de televisão, rádio, jornais e/ou revistas.
- ☐ Com os meus colegas na escola.
- ☐ Com os meus professores na escola.
- ☐ Com profissionais de saúde que deram informação na escola.
- ☐ Com profissionais de saúde que deram informação nos centros de saúde.
- ☐ Com profissionais de saúde que deram informação em sessões no local onde moro.
- ☐ Através dos meus pais.
- ☐ Pelos meus amigos(as) e/ou namorado(a).
- ☐ De outra forma.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**(Depois de responderes à pergunta 23 avança para a pergunta 26)**

**24.** Gostarias de receber informação para deixar de fumar?

- ☐ Sim.
- ☐ Não. (**Avança para a pergunta 26**)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**25.** Como gostarias de ter acesso a essa informação?

- ☐ Através dos pais.
- ☐ Através dos amigos.
- ☐ Através da escola.
- ☐ Através dos profissionais de saúde (ex: médicos, enfermeiros, etc.).
- ☐ Através da Internet.
- ☐ Através da televisão.
- ☐ Outra forma. (**Específica:** Qual? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**26.** Como consegues ou conseguias o dinheiro para comprar tabaco?

- ☐ Não compro ou comprava tabaco.
- ☐ Retiro/retirava da semanada
- ☐ Abdico/abdicava de comprar alimentação para comprar tabaco.
- ☐ Abdico/abdicava de bens escolares (cadernos, lápis, etc.) para comprar tabaco.
- ☐ Outra estratégia. (**Específica:** Qual? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**27.** Quanto dinheiro costumas ou costumavas gastar, por semana, na compra de tabaco?

- ☐ \_\_\_\_|\_\_\_\_| €.
- ☐ Não compro/comprava tabaco.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**28.** Os teus pais ou encarregado de educação fumam?

- ☐ Não.
- ☐ Sim, os dois.
- ☐ Só o meu pai/encarregado de educação.
- ☐ Só a minha mãe/encarregada de educação.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**29.** Tens irmãos e/ou outros familiares (avós, tios, etc.) que vivam contigo?

- ☐ Sim.
- ☐ Não. (**Avança para a pergunta 31**)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**30.** Os teus irmãos e/ou familiares (avós, tios, etc.), que vivem contigo, fumam?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**31.** Algum (ou alguns) dos teus amigos/amigas mais próximos fuma(m)?

- ☐ Nenhum.
- ☐ Entre 1 a 3 amigos(as).
- ☐ Entre 4 a 6 amigos(as).
- ☐ Mais do que 7 amigos(as), mas não todos(as).
- ☐ Todos(as) eles(as).
- ☐ Não sei/Não respondo.

**32.** É permitido fumar dentro da tua casa?

- ☐ Sim.
- ☐ Por vezes (ex. quando temos visitas).
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**33.** Nos últimos 30 dias, com que frequência alguém fumou dentro da tua casa na tua presença?

- ☐ Nenhum dia.
- ☐ Diariamente.
- ☐ Quase todos os dias.
- ☐ Raramente.
- ☐ Nunca.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**34.** Nos últimos 30 dias, viste alguém fumar dentro do recinto escolar?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**35.** Consideras ser fácil obter tabaco perto da tua escola?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**36.** Se um dos teus melhores amigos(as) te oferecesse um cigarro, qual seria a tua reação?

- ☐ Aceitava, de certeza.
- ☐ Talvez aceitasse.
- ☐ Recusava.
- ☐ Talvez recusasse.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**37.** Na tua opinião, fumar ajuda os jovens a sentirem-se mais à vontade ou menos à vontade em festas, comemorações ou outros eventos sociais?

- ☐ Mais à vontade.
- ☐ Menos à vontade.
- ☐ É igual, não faz diferença.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**38.** Na tua opinião, os jovens que fumam tornam-se mais atraentes?

- ☐ Sim, são mais atraentes.
- ☐ Não, são menos atraentes.
- ☐ É igual, são tão atraentes quanto os jovens que não fumam.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**39.** Na tua opinião, os jovens que fumam têm mais amigos?

- ☐ Sim, têm mais amigos.
- ☐ Não, têm menos amigos.
- ☐ Não existe diferença. Eles têm o mesmo número de amigos que os jovens que não fumam.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**40.** Na tua opinião, o consumo de tabaco pode ser encarado como uma dependência?

- ☐ Sim, é uma dependência.
- ☐ Não, não é uma dependência.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**41.** Consideras que os jovens que fumam tabaco também consomem álcool e drogas ilícitas?

- ☐ Sim, também consomem álcool.
- ☐ Sim, também consomem drogas ilícitas.
- ☐ Sim, também consomem álcool e drogas ilícitas.
- ☐ Depende dos jovens.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**42.** Na tua opinião, os jovens desportistas fumam tabaco na mesma quantidade que os jovens que não praticam desporto?

- ☐ Não, os jovens desportistas fumam menos tabaco do que os jovens que não praticam desporto.
- ☐ Não, os jovens desportistas fumam mais tabaco do que os jovens que não praticam desporto.
- ☐ Sim, não existe diferença no consumo de tabaco entre os jovens desportistas e os que não praticam desporto.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**43.** Conheces alguns tipos de tabaco que consideres ser menos perigosos para a saúde?

- ☐ Não. Todos os tipos de tabaco são perigosos.
- ☐ Sim. Conheço. (**Específica:** Qual/Quais? \_\_\_\_\_)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**44.** Do que sabes, quais dos seguintes problemas de saúde podem ser causados pelo tabaco? (**Podes escolher mais que uma resposta**)

- ☐ Ataque cardíaco.
- ☐ Cancro do pulmão.
- ☐ Cancro da cavidade oral (boca, língua, lábios).
- ☐ Cancro da bexiga.
- ☐ Infecções respiratórias.
- ☐ Aumento de peso.
- ☐ Diminuição de peso.
- ☐ Impotência sexual no homem.
- ☐ Nenhuma das anteriores.
- ☐ Outro(s).
- ☐ Não sei/Não respondo.

**45.** Na tua opinião, frequentares locais poluídos pelo fumo do tabaco é prejudicial para ti?

- ☐ Não, de modo algum.
- ☐ Provavelmente não.
- ☐ Provavelmente sim.
- ☐ Sim, com certeza.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**46.** No último ano, em que locais observaste publicidade ou ações publicitárias ao tabaco? (**Podes escolher mais que uma opção**)

- ☐ Supermercados.
- ☐ Quiosques.
- ☐ Restaurantes.
- ☐ Bares.
- ☐ Discotecas.
- ☐ Internet.
- ☐ Televisão.
- ☐ Cinema.
- ☐ Festas.
- ☐ Eventos desportivos.
- ☐ Eventos na minha comunidade.
- ☐ Não observei publicidade em nenhum destes locais.
- ☐ Outro(s).
- ☐ Não sei/Não respondo.

**47.** Alguma vez se dirigiram a ti para te oferecer ou fazer publicidade ao tabaco e/ou produtos de tabaco?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**48.** Consideras que os avisos de saúde nas embalagens dos cigarros sobre os perigos do tabaco influenciam a tua decisão de fumar ou não fumar tabaco?

- ☐ Sim.
- ☐ Talvez.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**49.** Concordas que se coloquem imagens nos maços de tabaco que mostrem os cancros e outras doenças provocadas pelo consumo de tabaco?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**50.** Normalmente conversas com alguém sobre as consequências do tabagismo?

- ☐ Sim.
- ☐ Não. (**Avança para a pergunta 52**)
- ☐ Não sei/Não respondo.

**51.** Com quem costumavas conversar sobre as consequências do tabagismo? (**Podes escolher mais que uma opção**)

- ☐ Pais.
- ☐ Amigos.
- ☐ Irmãos.
- ☐ Professores.
- ☐ Primos.
- ☐ Tios.
- ☐ Avós.
- ☐ Outro(s).
- ☐ Não sei/Não respondo.

**52.** Durante este ano escolar, alguma vez foi abordado nas aulas o tema do tabaco?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**53.** Alguma vez participaste em atividades sobre o tema do tabaco (ex. sobre o problema de começar a fumar; sobre as consequências do fumo para a tua saúde, para ajudar-te a deixar de fumar, etc.)?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**54.** Achas que nos locais de diversão noturna frequentados por jovens da tua idade, deve ser totalmente proibido fumar?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**55.** De uma maneira geral, achas que o teu aproveitamento escolar no 7.º, 8.º e 9.º anos tem sido:

- ☐ Muito bom.
- ☐ Bom.
- ☐ Razoável.
- ☐ Fraco.
- ☐ Mau.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**56.** Qual a situação profissional do teu pai/padrasto ou companheiro da tua mãe?

- ☐ Trabalha por conta própria.
- ☐ Trabalha por conta de outrem.
- ☐ Está Reformado.
- ☐ Está Desempregado.
- ☐ Não tenho pai/padrasto ou companheiro da minha mãe.
- ☐ Não sei.

**57.** Qual a situação profissional da tua mãe/madrasta ou companheira do teu pai?

- ☐ Trabalha por conta própria.
- ☐ Trabalha por conta de outrem.
- ☐ Está Reformada.
- ☐ Está Desempregada.
- ☐ Não tenho mãe/madrasta ou companheira do meu pai.
- ☐ Não sei.

**58.** Qual o nível de escolaridade do teu pai/padrasto ou companheiro da tua mãe?

- ☐ 1.º ciclo do ensino básico (até à antiga 4.ª classe).
- ☐ 2.º ciclo do ensino básico (até ao 6.º ano).
- ☐ 3.º ciclo do ensino básico (7.º até ao 9.º ano).
- ☐ Ensino secundário (até ao 12.º ano).
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação.
- ☐ Mestrado.
- ☐ Doutoramento.
- ☐ Não sei/Não respondo.

**59.** Qual o nível de escolaridade da tua mãe/madrasta ou companheira do teu pai?

- ☐ 1.º ciclo do ensino básico (até à antiga 4.ª classe).
- ☐ 2.º ciclo do ensino básico (até ao 6.º ano).
- ☐ 3.º ciclo do ensino básico (7.º até ao 9.º ano).
- ☐ Ensino secundário (até ao 12.º ano).
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação.
- ☐ Mestrado.
- ☐ Doutoramento.
- ☐ Não sei/Não respondo.

Muito obrigada por teres respondido a este questionário!



## **ANEXO IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO REGIONAL DA EDUCAÇÃO**

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

**Exma. Sra. Diretora Regional da Educação**

Venho por este meio pedir autorização para aplicar um questionário sobre o Consumo de Tabaco entre os Jovens nas turmas dos alunos do 9.º ano.

Sou Diana Parreira Mendonça, aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa e encontro-me a realizar um trabalho de investigação sobre o *Consumo de Tabaco entre os Jovens* a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Emília Nunes, Professora na Escola Nacional de Saúde Pública.

Procuro caracterizar a população jovem açoriana, tendo como amostra os alunos do 9º ano, relativamente à sua predisposição para a adoção de comportamentos relacionados com a iniciação do consumo de tabaco para que se possa, no futuro, realizar programas de prevenção mais efetivos numa população que tem os maiores índices de consumo entre todas as regiões de Portugal.

Face ao exposto, gostaria de solicitar a colaboração científica no sentido de viabilizar o processo de colheita de dados, através da aplicação de um questionário auto preenchível destinado aos alunos do 9.º ano das escolas da Ilha Terceira, tais como a Escola Secundária Pde. Jerónimo Emiliano de Andrade, Escola Básica e Secundária Tomás de Borba, Escola Básica Integrada de Angra do Heroísmo, Escola Secundária Vitorino Nemésio, Escola Básica Integrada da Praia da Vitória, Escola Básica Integrada dos Biscoitos e a Escola Básica Integrada Francisco Ferreira Drummond.

O presente questionário tem o parecer favorável de um conjunto de peritos no tema do tabaco.

Os dados obtidos no questionário serão confidenciais e utilizáveis apenas para fins de investigação, sendo esta naturalmente conduzida de acordo com todas as regras da deontologia profissional.

Apenso o questionário a ser aplicado aos jovens.

Aguardo a sua autorização.

Muito atentamente,

Peço deferimento urgentemente,

---

(Diana Parreira Mendonça)

[d.parreiramendonca@gmail.com](mailto:d.parreiramendonca@gmail.com)

## ANEXO V – DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

### • ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO E SOCIAL DO ADOLESCENTE:

Nome da variável	Definição Operacional	Tipo de variável	Perg.	Categorias da variável	
<b>Sexo</b>	Sexo biológico	v. qualitativa, nominal, dicotómica, fechada	P.1	1) Masculino 2) Feminino	
<b>Idade</b>	Nº de anos completados desde o nascimento. Esta variável deriva da resposta da perg. N.º2, sendo a idade estruturada em grupos etários	v. quantitativa ordinal, fechada	P.2	1) 14 Anos 2) 15 Anos 3) 16 Anos ou mais	
<b>Desempenho escolar (subjetivo)</b>	Desempenho escolar auto reportado relativamente aos últimos 3 anos de escolaridade. As opções de resposta foram reagrupadas em 3 categorias	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.55	1. Muito bom 2. Bom 3. Razoável 4. Fraco 5. Mau	1) Bom (1+2) 2) Médio (3) 3) Mau (4+5)

Nome da Variável	Definição Operacional	Tipo de Variável	Perg.	Categorias da variável	
Nível socioeconómico do pai	Situação profissional ativa	v. qualitativa, nominal, fechada	P.56	1. trabalha por conta própria 2. trabalha por conta de outrem 3. Reformado 4. desempregado 5. Não tenho pai/padrasto ou companheiro da minha mãe	
Nível socioeconómico da mãe	Situação profissional ativa	v. qualitativa, nominal, fechada	P.57	1. trabalha por conta própria 2. trabalha por conta de outrem 3. Reformado 4. desempregado 5. Não tenho mãe/madrasta ou companheira do meu pai	
Nível de escolaridade do pai	Grau de ensino mais elevado que foi atingido pelo pai. As opções de resposta foram reagrupadas em cinco opções.	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.58	1. 1.º Ciclo do ensino básico 2. 2.º Ciclo do ensino básico 3. 3.º Ciclo do ensino básico 4. Ensino secundário 5. Licenciatura 6. Pós-graduação 7. Mestrado 8. Doutoramento	1. 1.º Ciclo do ensino básico 2. 2.º Ciclo do ensino básico 3. 3.º Ciclo do ensino básico 4. Ensino secundário 5. Ensino Superior (5+6+7+8)
Nível de escolaridade da mãe	Grau de ensino mais elevado que foi atingido pela mãe. As opções de resposta foram reagrupadas em cinco opções.	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.59	1. 1.º Ciclo do ensino básico 2. 2.º Ciclo do ensino básico 3. 3.º Ciclo do ensino básico 4. Ensino secundário 5. Licenciatura 6. Pós-graduação 7. Mestrado 8. Doutoramento	1. 1.º Ciclo do ensino básico 2. 2.º Ciclo do ensino básico 3. 3.º Ciclo do ensino básico 4. Ensino secundário 5. Ensino Superior (5+6+7+8)

• **COMPORTAMENTO AUTO REPORTADO DO CONSUMO DE TABACO:**

Nome/Tipo Variável	Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável	
Experimentar fumar tabaco	Se experimentou fumar, mesmo que uma ou duas “passas” durante toda a vida do adolescente	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.3	1.Sim 2.Não	
Idade da experimentação de fumar	A idade foi respondida de forma aberta e posteriormente as respostas foram estruturadas em grupos etários	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.4	1.Entre 7 e 10 anos 2.Entre 11 e 12 anos 3.Entre 13 e 14 anos 4.Entre 15 e 16 anos	
Consumo recente de tabaco (30 dias)	Consumo de tabaco nos últimos 30 dias. Corresponde ao consumo de tabaco de <b>todos os adolescentes</b> nos últimos 30 dias. Esta variável é composta e deriva das perguntas 3 e 12.	v. qualitativa, nominal, fechada	P.3 e 12	Nunca experimentei fumar	Não
				“Não fumei, porque deixei totalmente de fumar”	Não
				“Não fumei, porque apenas experimentei fumar uma ou duas vezes há mais de 30 dias”	Não
				“Ainda fumo, mas não fumei nos últimos 30 dias”	Não
				“Fumei pelo menos um dia por semana, mas não todos os 30 dias”	Sim
				“Fumei menos de uma vez por semana”	Sim
				“Fumei diariamente nos últimos 30 dias”	Sim
Comportamento tabágico	Corresponde ao perfil tabágico do adolescente. A definição destas categorias têm por base a definição de Precioso <i>et al.</i> (2012). Esta variável é composta e deriva das respostas das perguntas 3 e 12.	v. qualitativa, nominal, fechada	P.3 e 12	Nunca experimentei fumar	Não fumador
				“Não fumei, porque deixei totalmente de fumar”	Não fumador
				“Não fumei, porque apenas experimentei fumar uma ou duas vezes há mais de 30 dias”	Não fumador
				“Ainda fumo, mas não fumei nos últimos 30 dias”	Fumador ocasional
				“Fumei pelo menos um dia por semana, mas não todos os 30 dias”	Fumador regular
				“Fumei menos de uma vez por semana”	Fumador ocasional

				"Fumei diariamente nos últimos 30 dias"	Fumador regular
Consumo de cigarros por dia	Corresponde à média do número de cigarros fumados por dia, nos últimos 30 dias. A resposta a esta pergunta foi dada de forma aberta e posteriormente foi agrupada em classes.	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.13	1.Menos de 5 cigarros 2.Entre 5 e 10 cigarros 3.Igual ou mais que 11 cigarros	

• **CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIMENTAÇÃO DO TABACO:**

Nome/Tipo de Variável		Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável
Motivos da experimentação do consumo de tabaco	Influência dos amigos	Conjunto de motivos que possam estar na origem da experimentação do tabaco pelo adolescente. Baseado na variável dos motivos da experimentação do consumo de tabaco, todas as opções de resposta foram consideradas, individualmente, também variáveis, sendo por estas que incidirá a definição operacional	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.5	1. Sim 2. Não
	Influência da família				
	Influência de filmes				
	Influência de revistas e jornais				
	Influência da televisão				
	Fácil acesso e disponibilidade				
	Acreditar que quem fuma é cool				
	Integrar melhor no grupo de amigos				
	Curiosidade em experimentar a sensação de fumar				
	Consumir bebidas alcoólicas				
	Consumir drogas ilícitas				
	Tomar medicação				
	Situação de violência				
	Outro motivo				
Contexto social presente na experimentação de tabaco	Sozinho(a)	Pessoas presentes no momento que o adolescente fumou pela primeira vez. Também nesta variável, as opções de resposta constituem, individualmente, novas variáveis, as quais serão estudadas	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.11	1.Sim 2.Não
	Amigos(as)				
	Namorado(a)				
	Pais				
	Irmãos				
	Outros familiares				
	Outra pessoa				

## HÁBITOS TABÁGICOS DOS PAIS, IRMÃOS E AMIGOS

Nome/Tipo de Variável	Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável	
Hábitos tabágicos dos pais	Exposição parental ao fumo do tabaco. As opções de resposta desta variável foram reagrupadas em três categorias.	v. qualitativa, nominal, fechada	P.28	1.Não 2.Sim, os dois 3.Só o meu pai/encarregado de educação 4. Só a minha mãe/encarregado de educação	1.Não 2.Sim, os dois 3.Só um deles (pai ou mãe)
Hábitos tabágicos dos irmãos e/ou outros familiares que vivam com o adolescente	Exposição a irmãos e/ou outros familiares, como avós, tios, entre outros, que fumam tabaco e que vivam com o adolescente	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.30	1.Sim 2.Não	
Hábitos tabágicos do grupo de amigos	Exposição aos amigos que fuma	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.31	1.Nenhum 2.Entre 1 a 3 amigos (as) 3.Entre 4 a 6 amigos (as) 4.Entre 7 e mais amigos (as), mas não todos (as) 5.Todos (as) eles (as)	

### • ACESSIBILIDADE AO TABACO:

Nome/Tipo de Variável		Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável
<b>Formas de acesso ao tabaco</b>	1.Dar dinheiro a alguém para comprar	Formas de como os adolescentes arranjam tabaco para fumar	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.7	1.Sim 2.Não
	2.Comprar o próprio tabaco				
	3.Um amigo ofereceu-me				
	4.Uma pessoa mais velha ofereceu-me				
	5.Pedir a um amigo				
	6.Pedir a uma pessoa mais velha				
	7.Roubar tabaco				
	8.Arranjar tabaco de outra forma				
<b>Recusa de venda de tabaco</b>		Restrições de venda de tabaco a menores, neste caso, aos adolescentes em estudo, nos últimos 30 dias.	v. qualitativa, nominal, fechada	P.8	1.Não tentei comprar tabaco nos últimos 30 dias 2.Sim, houve quem recusasse vender-me tabaco devido à minha idade 3.Não, a minha idade não me impediu de comprar tabaco
<b>Local de compra de tabaco</b>	1.Não compro tabaco	Locais onde o adolescente normalmente compra tabaco.	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.9	1.Sim 2.Não
	2.Tabacaria/loja				
	3.Restaurante/bar				
	4.Supermercado				
	5.Vendedor ambulante				
	6.Máquina de venda				
	7.Internet				
	8.De outra forma NS/NR				

<b>Formas de conseguir dinheiro para comprar tabaco</b>	Forma de como o adolescente consegue o dinheiro para comprar tabaco	v. qualitativa, nominal, fechada	P.26	1.Não compro ou comprava tabaco 2.Retiro/retirava da semanada 3.Abdico/abdicava de comprar alimentação 4.Abdico/abdicava de bens escolares 5.Outra estratégia.
<b>Valor monetário</b>	Corresponde ao montante gasto por semana pelo adolescente na compra de tabaco. A resposta a esta pergunta foi estruturada tendo em conta as respostas, incluindo quem não compra tabaco (mesmo sendo fumador regular) e para quem compra, o valor foi agrupado por classes	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.27	1.Menos de 5€ 2. Entre 5€, inclusive, e menos de 10€. 4.Igual ou superior a 10€.
<b>Perceção do acesso ao tabaco perto da escola</b>	Perceção que os adolescentes têm sobre a facilidade de acesso que existe pelos adolescentes para comprar tabaco perto da escola (subjeto)	v. qualitativa, nominal, dicotómica, fechada	P.35	1.Sim 2.Não

• **MOTIVAÇÃO PARA FUMAR**

Nome/Tipo Variável		Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável
<b>Razão de continuar a fumar</b>	1.Sentir-me desinibido	Objetivo do adolescente em continuar a fumar. As opções de resposta à variável Razão de continuar a fumar constituem novas variáveis, sobre as quais incide a definição operacional	v. qualitativa, nominal, dicotómica, fechada	P.16	1.Sim 2.Não
	2.Sentir-me calmo(a)				
	3.Ter coragem				
	4.Esquecer algum problema				
	5.Sentir prazer				
	6.Outro. Qual?				
	NS/NR				
<b>Autoeficácia de Recusa</b>	Reação do adolescente face a um incentivo de um amigo	Suscetibilidade dos adolescentes não fumadores em fumar caso um amigo lhe oferecesse um cigarro.	v. qualitativa, ordinal, fechada.	P.36	1.Aceitava de certeza 2.Talvez aceitasse 3.Talvez recusasse 4.Recusava

• **TENTATIVAS, INTENÇÃO E PERCEÇÃO DA FACILIDADE PARA DEIXAR DE FUMAR:**

Nome/Tipo Variável	Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável
Perceção da facilidade em deixar de fumar	Opinião que o adolescente tem sobre se conseguiria deixar de fumar se quisesse (subjetivo)	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.17	1.Sim, com facilidade 2.Sim, mas com dificuldade 3. Não, decididamente não.
Intenção de deixar de fumar	O adolescente pretende deixar de fumar.	v. qualitativa, ordinal, fechada.	P.18	1.Sim, estou a tentar 2.Sim, estou a tentar mas não sei quando 3.Sim, nos próximos 6 meses 4.Sim, mas não sei quando 5.Não, decididamente não
Tentativa de cessação tabágica	Tentativa de deixar de fumar, alguma vez.	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.19	1.Sim, tentei parar uma vez 2.Sim, tentei parar de fumar mais que uma vez 3.Nunca

• **EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO:**

Nome/Tipo Variável	Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável
Permissão de fumar em casa	Permitido fumar ou não em casa.	v. ordinal, qualitativa, fechada	P.32	1.Sim 2.Por vezes 3.Não
Exposição ao fumo do tabaco em casa	Frequência da exposição do adolescente ao fumo do tabaco em casa nos últimos 30 dias	v. qualitativa, ordinal, fechada.	P.33	1.Diariamente 2.Quase todos os dias 3.Raramente 4.Nenhum dia
Exposição ao fumo do tabaco na escola	Observação de pessoas a fumar dentro do recinto escolar, nos últimos 30 dias	v. qualitativa, nominal, fechada.	P.34	1.Sim 2.Não

• **EXPOSIÇÃO À PUBLICIDADE**

Nome/Tipo Variável		Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável
Observar publicidade		Corresponde ao facto de o adolescente ter observado publicidade no último ano. Derivou das respostas dadas na Perg.46.	v. qualitativa, nominal, dicotómica, fechada	Derivou da informação da Perg. 46	1.Sim 2.Não
Locais onde se observa publicidade	1.Supermercados	Observação de publicidade a produtos tabágicos em diversos sítios durante o último ano. As opções de resposta da variável observar publicidade constituem variáveis, sobre as quais incide a definição operacional	v. qualitativa, nominal, dicotómica, fechada	P.46	1.Sim 2.Não
	2.Quiosques				
	3.Restaurantes				
	4.Bares				
	5.Discotecas				
	6.Internet				
	7.TV				
	8.Cinema				
	9.Festas				
	10.Eventos desportivos				
	11.Eventos na minha comunidade				
	12.Não observei publicidade em nenhum destes locais				
	13.Outro(s)				

• **CONHECIMENTOS E CRENÇAS SOBRE O CONSUMO DE TABACO:**

Nome/Tipo Variável		Definição Operacional	Escala de Medida	Perg.	Categorias da variável
<b>Tabaco como dependência</b>		Opinião de como o adolescente considera o consumo de tabaco como dependência	v. nominal, qualitativa, nominal, fechada	P.40	1.Sim, é uma dependência 2.Não, não é uma dependência
<b>Problemas de saúde causados pelo consumo de tabaco</b>	<b>1.Ataque cardíaco</b>	Conhecimentos respectivamente às consequências do consumo de tabaco. Cada opção de resposta à variável <b>problemas de saúde causados pelo consumo de tabaco</b> corresponde a uma variável	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.44	1.Sim 2.Não
	<b>2.cancro do pulmão</b>				
	<b>3. Cancro da cavidade oral (ORL)</b>				
	<b>4.Cancro da bexiga</b>				
	<b>5.Infeções respiratórias</b>				
	<b>6.Aumento de peso</b>				
	<b>7.Diminuição de peso</b>				
	<b>8.Impotência sexual no homem</b>				
	<b>9.Nenhuma das anteriores</b>				
	<b>10.Outro(s)</b>				
<b>Frequentar ambientes com fumo</b>		Conhecimento que o jovem tem acerca de frequentar ambientes poluídos pelo fumo do tabaco ser prejudicial para a sua saúde	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.45	1.Não, de modo algum 2.Provavelmente não 3.Provavelmente sim 4.Sim, com certeza
<b>Jovens fumadores são mais atraentes</b>		Opinião do adolescente sobre a imagem dos fumadores	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.38	1.Sim, são mais atraentes 2. É igual, são tão atraentes quanto os jovens que não fumam 3.Não, são menos atraentes
<b>Jovens fumadores têm mais amigos</b>		Opinião do adolescente sobre os jovens fumadores e o número de amigos	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.39	1.Sim, têm mais amigos 2.Não existe diferença. Eles têm o mesmo número de amigos que os jovens que não fumam 3.Não, têm menos amigos.
<b>Fumar ajuda a sentir-se confortável socialmente</b>		Opinião do adolescente sobre os jovens fumadores sentirem-se à vontade em eventos sociais	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.37	1.Mais à vontade 2.É igual, não faz diferença 3.Menos à vontade



• **ATITUDES SOBRE O TEMA DO TABAGISMO NA ESCOLA/COMUNIDADE/CASA**

<b>Nome/Tipo Variável</b>	<b>Definição Operacional</b>	<b>Escala de Medida</b>	<b>Perg.</b>	<b>Categorias da variável</b>
<b>Avisos de saúde nas embalagens de tabaco</b>	Opinião do adolescente sobre a influência dos avisos de saúde nas embalagens dos cigarros e a decisão de fumar	v. qualitativa, ordinal, fechada	P.48	1.Sim 2.Talvez 3.Não
<b>Colocação de pictogramas nos maços de tabaco</b>	Opinião do adolescente sobre os pictogramas nos maços de tabaco que mostrem imagens alusivas a doenças provocadas pelo consumo do tabaco	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada,	P.49	1.Sim 2.Não
<b>Proibido de fumar em locais noturnos</b>	Opinião do adolescente sobre a proibição de fumar em locais de diversão noturna	v. qualitativa, nominal, dicotômica, fechada	P.54	1.Sim 2.Não
<b>Tabagismo nas aulas</b>	Abordar o tema do tabagismo nas aulas durante o presente ano letivo	v. qualitativa, dicotômica, fechada	P.52	1.Sim 2.Não
<b>Participar em Atividades sobre o tabagismo</b>	Ter participado alguma vez em atividades sobre o tabagismo	v. qualitativa, dicotômica, fechada	P.53	1.Sim 2.Não

## ANEXO VI – QUADROS NA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

### HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO:

**HIPÓTESE 2:** Existe associação entre o desempenho escolar e o comportamento tabágico dos adolescentes

Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico do adolescente e o seu desempenho escolar

Desempenho escolar	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Bom	144	60	7	35	14	26.4	165	52.7
Médio	88	36.7	10	50	30	56.6	128	40.9
Mau	8	3.3	3	15	9	17	20	6.4
Total	240	100	20	100	53	100	313	100

$n=313$ ;  $missing=10$ ;  $\chi^2=30,348$ ;  $gl=4$ ;  $p^*<0.001$

**HIPÓTESE 3:** Existe associação entre os níveis socioeconómicos parentais e o comportamento tabágico dos adolescentes

Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o nível socioeconómico do pai

Situação profissional pai	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Trabalha por conta própria	66	28,8	4	21,1	16	30,8	86	28,7
Trabalha por conta de outrem	124	54,1	12	63,2	26	50,0	162	54,0
Reformado	10	4,4	1	5,3	1	1,9	12	4,0
Desempregado	24	10,5	1	5,3	4	7,7	29	9,7
Não tem pai/padrasto ou companheiro da mãe	5	2,2	1	5,3	5	9,6	11	3,7
Total	229	100,0	19	100,0	52	100,0	300	100,0

$n=300$ ;  $missing=23$ ;  $\chi^2=8,902$ ;  $gl=8$ ;  $p^*=0.351$

Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o nível socioeconómico da mãe

Situação profissional mãe	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
Trabalha por conta própria	50	21,4	2	10,0	9	18,0	61	20,1
Trabalha por conta de outrem	136	58,1	10	50,0	26	52,0	172	56,6
Reformado	3	1,3	2	10,0	0	0,0	5	1,6
Desempregado	44	18,8	6	30,0	15	30,0	65	21,4
Não tem pai/padrasto ou companheiro da mãe	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Total	234	100,0	20	100,0	50	100,0	304	100,0

n=304; missing=19;  $\chi^2=14,707$ ; gl=8; p\*=0,065

**HIPÓTESE 4:** Existe associação entre o nível de escolaridade parental e o comportamento tabágico dos adolescentes

Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o nível de escolaridade do pai

Nível de escolaridade do pai	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
1.º Ciclo Ensino Básico	75	34,7	5	25,0	11	24,4	91	32,4
2.º Ciclo Ensino Básico	40	18,5	4	20,0	11	24,4	55	19,6
3.º Ciclo Ensino Básico	44	20,4	7	35,0	8	17,8	59	21,0
Secundário	32	14,8	4	20,0	9	20,0	45	16,0
Ensino Superior	25	11,6	0	0,0	6	13,3	31	11,0
Total	216	100,0	20	100,0	45	100,0	281	100,0

n=281; missing=42;  $\chi^2=7,697$ ; gl=8; p\*=0,464

Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento tabágico e o nível de escolaridade da mãe

Nível de escolaridade da mãe	Comportamento tabágico do adolescente						Total	
	Não fumador		Fumador Ocasional		Fumador Regular			
	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)	N.º Obs.	(%)
1.º Ciclo Ensino Básico	61	27,1	2	10,0	8	16,3	71	24,1
2.º Ciclo Ensino Básico	39	17,3	6	30,0	12	24,5	57	19,4
3.º Ciclo Ensino Básico	47	20,9	8	40,0	11	22,4	66	22,4
Secundário	48	21,3	3	15,0	13	26,5	64	21,8
Ensino Superior	30	13,3	1	5,0	5	10,2	36	12,2
Total	225	100,0	20	100,0	49	100,0	294	100,0

n=294; missing=29;  $\chi^2=11,207$ ; gl=8; p\*=0,190